

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 74

RÉSULTATS

DU

Traitement Chirurgical des Tuberculoses

DE

L'INTESTIN GRÊLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Janvier 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis PELTIER

Élève à l'École du Service de Santé Militaire

Né le 31 Août 1887, à Fresse-sur-Moselle (Var)



IMPRIMERIE P. COLOMBIER

6 et 8, Rue des Maisons-Neuves, 6 et 8

VILLEURBANNE

1909

RÉSULTATS

DU

Traitement Chirurgical des Tuberculoses

DE

L'INTESTIN GRÊLE



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Janvier 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis PELTIER

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 31 Août 1887, à Fresse-sur-Moselle (Var)



IMPRIMERIE P. COLOMBIER

6 et 8, Rue des Maisons-Neuves, 6 et 8

VILLEURBANNE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.....	DOYEN.
J. COURMONT.....	ASSESSEUR.
LORTET.....	DOYEN HONORAIRE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{	MM. LEPINE.
		TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	{	BARD.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		JABOULAY.
Clinique ophtalmologique.....		FABRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		ROLLET.
Clinique des maladies mentales.....		NICOLAS.
Clinique des maladies des enfants.....		PIERRET.
Clinique des maladies des femmes.....		WEILL.
Physique médicale.....		POLLOSSON (A.).
Chimie médicale et pharmaceutique.....		X.
Chimie organique et Toxicologie.....		HUGOUNENQ.
Matière médicale et Botanique.....		CAZENEUVE.
Parasitologie et Histoire naturelle et médicale.....		BEAUVISAGE.
Anatomie.....		GUIART.
Anatomie générale et Histologie.....		TESTUT.
Physiologie.....		RENAULT.
Pathologie interne.....		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		ROQUE.
Anatomie pathologique.....		COLLET.
Médecine opératoire.....		PAVIOT.
Médecine expérimentale et comparée.....		POLLOSSON (M.).
Médecine légale.....		ARLOING.
Hygiène.....		LACASSAGNE.
Thérapeutique.....		COURMONT (J.).
Pharmacologie.....		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. ROCHET,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.....	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND	—
Hygiène administrative.....	LESIEUR,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embriologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LEPINE.	VORON.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	NOGIER
COURMONT (P.).	GAYET.	MARTIN (El.).	MOUNEYRAT.
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	LATARJET Ch....
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE.	BÉRIEL Ch....
TIXIER.	PATEL.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, président ; BÉRARD, assesseur ;
GAYET et CAVAILLON, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur A. PONCET,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE,

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*qui nous fait aujourd'hui le très grand
honneur de présider cette thèse. Qu'il
veuille bien accepter l'expression de
notre respectueuse gratitude.*

A Monsieur le Professeur Agrégé BÉRARD,

A Monsieur le Professeur Agrégé PATEL

A MES MAITRES CIVILS et MILITAIRES

INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années les formes chirurgicales de la tuberculose de l'intestin grêle ont été, soit en France, soit à l'étranger, et particulièrement en Allemagne, l'objet de nombreux mémoires originaux, qui nous ont bien fait connaître la symptomatologie et le traitement de ces affections longtemps insoupçonnées. Les observations sont nombreuses actuellement, de sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle traitées avec succès ; elles décrivent minutieusement les antécédents du malade, les symptômes, insistent sur l'opération et suivent pas à pas les progrès de la plaie opératoire, mais elles restent trop souvent muettes sur les résultats éloignés. Or, il serait intéressant de savoir comment vont les malades deux, trois ans, (et plus s'il est possible), après l'intervention. Cela seulement permettra de dire la valeur exacte du traitement employé : C'est là le but de notre travail.

Il est bien modeste, car le nombre des malades que nous avons pu retrouver est minime ; nous

aurions voulu ne choisir que des observations datant de trois ou quatre ans au moins, mais leur nombre trop restreint nous a obligé à nous montrer moins exigeant.

Avant d'aborder notre question, nous devons adresser nos remerciements à M. le professeur Bérard qui a bien voulu nous donner le sujet de ce travail et qui n'a cessé de nous prodiguer ses conseils. Nous remercions aussi M. le professeur Patel qui a bien voulu nous fournir les nombreux documents dont il disposait. Ils nous ont permis tous deux de puiser largement dans les nombreux travaux qu'ils ont publié sur la question, et pour cela encore ils ont droit à toute notre reconnaissance.

CHAPITRE I

Résumé anatomo-clinique

La tuberculose de l'intestin grêle peut se présenter sous deux grandes formes : dans l'une le malade est un tuberculeux pulmonaire en évolution, qui présente en même temps des ulcérations de même nature au niveau de sa muqueuse intestinale ; c'est alors une affection plus médicale que chirurgicale : car l'état général est le plus souvent trop mauvais pour faire les frais d'une intervention qui d'ailleurs serait inutile dans le plus grand nombre des cas, par suite de la grande diffusion des lésions.

Le malade présente de la diarrhée, de la fièvre, d'où des conditions très mauvaises pour une opération. Ce n'est que lorsque des phénomènes de sténose s'y ajoutent que le chirurgien a la main forcée et doit intervenir pour parer aux accidents immédiats.

Quant à la deuxième forme qui, elle, constitue véritablement la classe des tuberculoses chirurgicales, elle est caractérisée par une évolution plus torpide,

par une étendue moins grande des lésions, et enfin par l'absence habituelle de symptômes généraux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — MM. Bérard et Patel ont divisé la tuberculose de l'intestin grêle en trois groupes, au point de vue anatomo-pathologique.

1° La *forme hypertrophique* qui, relativement fréquente au niveau du cæcum, est rare sur le jéjunum-iléon. Elle est caractérisée par une association de lésions tuberculeuses et de lésions réactionnelles, d'ordre inflammatoire banal. Ce processus, qui dans les autres organes est favorable, peut devenir sur l'intestin la cause d'accidents ; la masse néoplasique constitue un foyer d'infection et de plus peut étrangler l'intestin, d'où des phénomènes de sténose. Elle se manifeste par une tuméfaction généralement circulaire, en un point de l'intestin : « On dirait que celui-ci présente à son intérieur un bouton de Murphy trop volumineux » (Bérard et Patel). Vu par sa face interne, on constate tout d'abord un épaississement extrême de la paroi ; l'étendue de la sténose est toujours très marquée ; le calibre en général assez large et l'extensibilité presque nulle. La surface interne enfin est remarquable par son irrégularité, elle est mamelonnée, bosselée, avec des ulcérations d'origine mécanique le plus souvent, rarement tuberculeuses, reconnaissables à leurs bords déchiquetés, à leur fond jaunâtre, à leurs collerettes de granulations.

Au microscope, on constate que les lésions nettement tuberculeuses sont rares ; la sous-muqueuse et la musculuse sont les deux couches les plus épaissies, mais il ne s'agit pas d'une hypertrophie vraie,

car on se rend compte que cette augmentation de volume est due à la présence d'une infiltration lymphoïde considérable et non pas d'une multiplication réelle des fibres musculaires ;

2° La *forme ulcéro-cicatricielle* ou fitro-cicatricielle. Il se produit aux dépens du calibre de l'intestin une cicatrisation de l'ulcération tuberculeuse primitive. Certains auteurs, Wieting en particulier dans un volumineux article qu'il publia en 1905, ont prétendu que celle-ci n'était pas nécessaire, et que l'on observait fréquemment des cas de sténose fibreuse sans trace d'ulcération : le rétrécissement se produirait alors par un épaississement primitif de la sous-muqueuse, avec rétraction et hypertrophie, qui pourrait donner lieu consécutivement à une ulcération d'origine mécanique. Il semble bien que si ce processus existe dans certains cas, il ne doit pas être considéré comme le plus fréquent ; aussi adopterons-nous celui qu'il est classique d'admettre. Une ulcération située sur l'intestin va donc guérir par cicatrisation, s'il s'agit d'une tuberculose chronique et si le malade présente un état général assez bon pour pouvoir réagir en fabriquant du tissu fibreux. Ce tissu étant rétractile, il en résultera une sténose ; elle sera dite cicatricielle, si la tuberculose est guérie, ou ulcéro-cicatricielle si l'on trouve encore une ulcération en voie d'évolution dans son voisinage. Vue de l'extérieur, la sténose apparaît comme une sorte d'anneau enserrant l'intestin, surtout visible sur le vivant, en raison de la distension marquée du segment sus-jacent. Le péritoine est dépoli, si la

lésion est éteinte, ou présente au contraire quelques rares granulations si elle est en évolution. L'intestin ouvert, on constate le rétrécissement ; il a une forme et un calibre variables ; l'étendue est généralement minime. Enfin, il est plus ou moins dilatable. Dans la forme cicatricielle pure la muqueuse est décolorée, et le plus souvent indemne, aussi devant cette intégrité comprend-on que l'on ait songé à placer le point de départ des lésions dans la sous-muqueuse et la sous-séreuse. Dans la forme ulcéro-cicatricielle, au contraire, la muqueuse est congestionnée et irrégulière ; il persiste de petites ulcérations tuberculeuses, avec tout autour les signes d'une inflammation, parfois très intense. On voit donc que le plus souvent ces deux formes différentes n'en constituent en réalité qu'une seule ; la sténose cicatricielle n'est que l'aboutissant d'une sténose ulcéro-cicatricielle arrivée à la guérison complète.

A cette forme, il semble qu'on doit rattacher certaines sténoses dites fibreuses d'emblée, encore appelées rétrécissements fibreux (Patel), ou rétrécissements inflammatoires (Patel), dans lesquels le processus tuberculeux n'est pas net, mais qui semblent bien, d'après les travaux du professeur Poncet sur les diverses manifestations de la tuberculose inflammatoire, devoir être rattachées à cette affection. Les divers auteurs qui en ont publié des observations, sans pouvoir en affirmer la nature, semblent cependant être favorables à cette hypothèse.

Ces divers rétrécissements peuvent être uniques ou multiples ; le plus souvent ils sont au nombre de

deux à quatre, mais ils peuvent être beaucoup plus nombreux : onze dans l'observation de M. Bérard (ob. 8), douze (Kœnig) et même quinze (Jaboulay, ob. 1). Leur mode de production a été très discuté. Certains auteurs (Boiffin, Krover, etc.) ont admis qu'ils se produisaient dans un sens ascendant : il se produirait un premier rétrécissement, puis une ulcération mécanique au-dessus, qui en se cicatrisant en donnerait un second, et ainsi de suite. A cette manière de voir, on peut objecter qu'il est des cas fréquents dans lesquels les rétrécissements les plus rapprochés se trouvent sur des portions d'intestin séparées quelquefois par une distance considérable. Aussi Bérard et Patel admettent-ils qu'ils se constituent dans un sens descendant, par circulation successive du courant fécal, inoculant dans son trajet des points de la muqueuse situés de plus en plus bas ; en effet, on peut remarquer que le plus souvent les lésions situées en amont sont les plus avancées.

Quel est l'état de l'intestin au voisinage de ces sténoses ; au-dessous, il est aminci et rétracté, par suite de la suppression ou au moins par la diminution du passage des matières. Au-dessus, il est dilaté et épaissi ; cette question a soulevé de très nombreuses controverses ; or, d'après les travaux de nombreux auteurs, Jaboulay, Bérard et Patel, Cavaillon et Leclerc, il semble bien qu'en aucun cas il ne s'agisse d'une hypertrophie : l'examen microscopique montre en effet que la portion épaissie est le siège, au niveau de tous ses tissus, d'une infiltration lymphoïde très abondante, qui écarte les éléments normaux, sans

que jamais ces divers auteurs aient pu déceler une augmentation du nombre des fibres musculaires lisses, par exemple : d'où une conclusion importante au point de vue opératoire : ne jamais faire porter d'anastomose au bouton, et aussi peu que possible de suture sur ce point épaissi, qui est atteint d'un processus inflammatoire de même nature que la sténose elle-même.

3° Dans le cas où la lésion évoluée, il arrive que le péritoine et le mésentère soient envahis en même temps que l'intestin. C'est la *forme entéro-péritonéale* de MM. Bérard et Patel. Elle peut être primitive, mais est le plus souvent secondaire à des lésions intestinales. Elle est caractérisée par l'existence d'une sorte de « néoplasie tuberculeuse ».

Les anses intestinales et le mésentère infiltré de ganglions volumineux sont agglutinés ensemble et constituent un tout. Cette forme spéciale s'observe avec prédilection au niveau de la région iléo-cæcale et chez les jeunes sujets. A sa suite, les ganglions peuvent s'hypertrophier, et donner, surtout chez l'enfant (Bérard), un véritable carreau péritonéal. Enfin ils peuvent suppurer et on voit le pus prendre des directions variables.

A ces différentes formes, on peut en ajouter une dernière, sur laquelle M. Bard a attiré l'attention en 1902. Il s'agit d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin grêle ayant amené de l'occlusion par spasme de la musculature. M. Cheridjian en rapporte sept observations dans la thèse qu'il a consacrée à l'étude de cette question. M. Bérard en a également observé

deux cas que nous rapportons ici (obs. 6 et 7). Au point de vue anatomo-pathologique, on ne trouve à l'autopsie que des ulcérations sans modifications du calibre intestinal.

SYMPTOMATOLOGIE. — La tuberculose de l'intestin grêle aboutit le plus souvent à la sténose ; aussi les signes de l'obstruction dominant-ils la scène ; le syndrome tumeur est plus rare et on peut réunir dans une étude d'ensemble les sténoses cicatricielles et les sténoses hypertrophiques. Quant à la forme entéro-péritonéale, elle se manifeste par des symptômes un peu spéciaux, et doit être étudiée séparément.

Le début est le plus souvent insidieux. L'affection peut se présenter chez les enfants (obs. 2). Le malade se plaint de troubles de la digestion ; il est constipé ou a de la diarrhée ; il éprouve au niveau de l'abdomen une douleur vague et difficile à localiser. C'est la « phase médicale » de l'affection : elle est traitée pour des troubles gastro-intestinaux, et il n'est pas rare que le malade se mette de lui-même (obs. 1) à suivre un régime sévère, pour éviter tous ces accidents. Ces troubles ont été attribués à une obstruction mécanique légère, sans qu'existe une entérite tuberculeuse vraie.

A la période d'état, l'affection est caractérisée par un ensemble de symptômes fonctionnels et de signes physiques des plus nets. Le principal d'entre eux est l'« accès douloureux abdominal », qui bien étudié pour la première fois par Kœnig, a été désigné depuis par MM. Bérard et Patel, sous le nom de

syndrome de Kœnig. Le voici, tel qu'il est décrit dans leur traité : « deux ou trois heures après le repas, au moment de la digestion intestinale, les douleurs atteignent leur maximum. Brusquement, le malade ressent en un point de l'abdomen, une violente douleur qui va en augmentant progressivement, en même temps que le ventre se ballonne au voisinage du point douloureux. Au bout de quelques instants, elle est à son acmé ; puis brusquement, la voussure abdominale s'affaisse, des bruits intestinaux se font entendre ; la colique s'atténue, puis cesse. Après une courte période d'accalmie véritable, survient un second accès, identique au premier, comme enchaînement et comme localisation ». La douleur a généralement un siège fixe : spécialement dans la fosse iliaque droite, comme dans la plupart des observations que nous avons rassemblées. Ces douleurs sont quelquefois très violentes, ce qui amène justement le malade à restreindre son alimentation. L'existence des bruits musicaux est fréquente : sur les quatorze observations réunies, sept malades en ont présenté de très nets. D'ailleurs le sujet attire le plus souvent lui-même l'attention sur ce symptôme. Ils les compare au glou-glou d'une bouteille qui se vide (obs. 4). Ces bruits ont été attribués au passage des matières liquéfiées au travers d'un rétrécissement. Les accès douloureux peuvent être réveillés très facilement. C'est ainsi que le malade de l'observation 1 ne présentait pas de syndrome de Kœnig bien net à son entrée à l'hôpital, mais un seul repas normal a suffi à le faire naître au complet.

Enfin, au moment des accès peuvent exister de violents mouvements péristaltiques ; dans nombre de cas, les malades perçoivent leurs anses intestinales à fleur de peau, sous la paroi abdominale, qui sont animées de mouvements de reptation quelquefois très accentués. Leur maximum coïncide généralement avec le moment où la douleur est la plus vive. Au moment de l'accès on constate comme signes physiques, de la tuméfaction de l'abdomen, avec quelquefois du clapotage. D'après Kœnig, « la colique serait l'avant coureur d'un acte très utile, à l'aide duquel sont chassées les matières fécales, à travers le point rétréci ».

En dehors des accès, le malade est calme ; on peut observer, mais rarement du météorisme ; dans quelques cas, on peut percevoir à la palpation une petite tumeur, dans le cas de tuberculose hypertrophique.

Dans les rétrécissements multiples, on constate souvent les « coliques étagées » de Kœberlé : au niveau de chaque sténose se produit un accès douloureux, généralement moins accentué que lorsqu'elle est unique. C'est ainsi que chez le malade de l'observation 1 on pouvait voir se succéder, à de courts intervalles, trois accès douloureux, les deux derniers étant moins nets que le premier ; d'autre part la localisation de la douleur maxima était différente dans les trois cas, et toujours la même pour chaque accès ; or l'intervention a permis de constater trois rétrécissements étagés sur l'intestin grêle et dont le siège correspondait assez exactement à celui que l'on avait pu repérer sur l'abdomen.

A la période terminale, le malade restreint de plus en plus son alimentation pour atténuer ses souffrances, d'où un amaigrissement très rapide. Il arrive très vite à la cachexie et la terminaison fatale se produit, soit du fait de la lésion intestinale elle-même, soit à la suite d'une complication pulmonaire ou viscérale de même nature.

De l'envahissement simultané du péritoine, de l'intestin et du mésentère, qui caractérisent la forme entéro-péritonéale, résulte la présence d'une tumeur tuberculeuse. Le début peut revêtir le type précédent, ou bien se manifester par des signes de péritonite tuberculeuse (obs. 4). Lorsque l'affection est bien constituée, on constate du météorisme, des vomissements. L'accès douloureux se présente plus rarement que dans les formes précédentes, et lorsqu'il existe, il est moins typique. Dans les trois observations que nous rapportons (12, 13, 14), nous voyons en effet qu'il n'est qu'ébauché : pas une fois le malade n'accuse les bruits musicaux, si caractéristiques dans l'accès vrai. Les signes physiques sont plus importants : la palpation permet le plus souvent de constater la présence d'une tumeur, de siège et de volume variables, donnant quelquefois l'impression d'une masse multilobée. A la percussion, matité en damier. Enfin il n'y a pas de mouvements péristaltiques vrais, mais des « soulèvements et affaissements alternatifs qui indiquent les changements de volume de l'anse sous-jacente » (Bérard et Patel). L'évolution de cette forme est le plus souvent fatale. Les signes de rétrécissement sont peu marqués, rela-

tivement à l'autre forme, mais l'infection tuberculeuse est plus évidente, la généralisation fréquente et rapide.

DIAGNOSTIC. — Il n'entre pas dans le plan que nous nous sommes tracé de faire une longue étude diagnostique de la question, puisque nous étudions spécialement les résultats fournis par l'intervention dans les divers cas. Le diagnostic de la sténose se fera par la coexistence des signes fonctionnels et des signes physiques. L'accès douloureux sera quelquefois à peine ébauché. On pourra alors le faire naître par l'ingestion d'aliments nécessitant des efforts de l'intestin, par exemple des purées épaisses. En effet, sa présence a une valeur diagnostique de premier ordre, car les signes physiques sont très souvent vagues et peu déterminés. La sténose une fois constatée, il ne sera pas difficile, en général, de la localiser sur l'intestin grêle. En effet, « le péristaltisme du petit intestin se produit suivant des ondes de peu d'étendue, avec des courbes flexueuses, localisées autour de l'ombilic. Le péristaltisme stomacal est bien différent par son siège ; il se dirige de la région splénique aux fausses côtes droites. Il diffère aussi par ses caractères, il a plus d'intensité, ses ondes sont plus larges. De même le péristaltisme du gros intestin se reconnaîtra par son peu d'intensité, et par la direction de ses ondes larges, suivant le trajet des côlons, depuis le cœcum jusqu'à l'S iliaque ». (Bérard et Patel).

Quelle est la nature de la sténose ? Lorsqu'elle aura eu une évolution chronique, lorsque les symptômes

auront été en s'accroissant peu à peu, avec de la diarrhée et de l'amaigrissement, on devra songer à la tuberculose. On devra y penser beaucoup plus encore, s'il s'agit d'un sujet jeune, présentant des antécédents, soit héréditaires, soit personnels entachés de tuberculose nette, comme c'est le cas pour la plupart des malades réunis dans nos observations.

Si l'examen du sujet ne révèle pas de tumeur, il faudra examiner les diverses causes de sténose intestinale ; et souvent alors le diagnostic sera difficile ; souvent on hésitera entre la tuberculose et le cancer, et il est même des cas où le diagnostic ne pourra être fait qu'après un examen histologique, l'examen de la pièce elle-même, à la vue simple, ne pouvant permettre d'affirmer la nature de la lésion. Lorsqu'une tumeur est perceptible à la palpation, le diagnostic est en général plus facile ; la tuberculose est souvent plus évidente, car le malade est fréquemment un tuberculeux avéré, avec des signes pulmonaires.

CHAPITRE II

Résumé thérapeutique

Le chirurgien peut opposer à ces diverses lésions des interventions bien différentes. Nous ne ferons que citer pour mémoire la dilatation digitale et l'entérostomie, qui ont été abandonnées, et nous nous contenterons d'insister sur celles qui sont le plus souvent pratiquées.

Tout d'abord la laparotomie seule, qui donne de si bons résultats dans les péritonites tuberculeuses, semble avoir heureusement influencé un certain nombre de cas. Le chirurgien a souvent dû, devant l'étendue des lésions, se borner à refermer le ventre, et on a pu constater une amélioration, et quelquefois même une guérison complète du malade. Comme le dit si justement Patel, « l'influence que la laparotomie a eue, dans certains cas, sur la marche des lésions, sur la diminution des phénomènes de sténose, doit encourager le médecin à la pratiquer, alors même qu'elle ne serait accompagnée d'aucune manœuvre complémentaire ». Nous avons pu relever,

en effet, dans les observations que nous rapportons, 5 laparotomies, dont 4 ont guéri le malade définitivement, semble-t-il. Dans un des cas seulement (obs. 4) le résultat est beaucoup trop récent pour qu'on puisse porter sur lui une appréciation suffisamment juste : cependant, les phénomènes de sténose ont notablement diminué, presque de suite après l'intervention. Les deux observations 6 et 7 sont relatives à des malades présentant des signes de sténose, due à un état de spasme de la musculature : or, la laparotomie fait cesser le spasme, ce qui explique bien les résultats salutaires que l'on a pu constater dans ces deux cas. D'ailleurs il est bien possible que chaque sténose, au moins celles qui sont encore en évolution, soit aggravée par une contraction de l'intestin, contre laquelle agit la laparotomie, d'où une diminution et quelquefois même une cessation des symptômes. Enfin il est des cas où la laparotomie semble même agir sur des sténoses constituées, et où une opération pratiquée plus tard (obs. 11) a permis de constater une disparition à peu près complète des lésions. Mais les résultats sont souvent trop infidèles pour qu'on puisse l'ériger en méthode opératoire : elle ne pourra être utilisée que lorsque l'étendue des lésions ou les troubles de l'état général contr'indiquent une opération plus longue.

On pourra quelquefois lui ajouter la simple section de brides, lorsque celles-ci déterminent des phénomènes de sténose, par suture d'une anse intestinale par exemple.

• L'entéroplastie qui a pour but de rétablir le calibre

de l'intestin rétréci n'a été que peu employée à cause, sans doute, des nombreuses conditions qu'elle nécessite pour pouvoir être utilisée. Il faut, en effet, que l'intestin soit mobile, que le péritoine soit intact, que les lésions soient limitées, et enfin que le processus inflammatoire soit éteint.

L'entérectomie, au contraire, a été très souvent pratiquée : c'est l'opération théoriquement idéale, car en extirpant la portion malade, on rétablit la continuité du tube digestif. Elle présente l'avantage énorme de supprimer le rétrécissement ou la lésion tuberculeuse elle-même d'une façon définitive, et d'éviter une perforation toujours possible, par suite de l'amincissement progressif de la paroi intestinale. C'est donc l'opération la plus complète et la plus rationnelle, mais elle comporte certains risques. Elle sera surtout de mise dans les lésions limitées : cette condition n'a d'ailleurs rien d'absolu, puisque l'on cite des cas de résection très étendue, avec guérison complète et définitive. C'est ainsi que Symonds a présenté à la Société clinique de Londres, en 1906, l'observation d'un malade complètement guéri, opéré par lui 7 ans auparavant et auquel il avait réséqué un segment d'intestin grêle mesurant 38 centimètres, et présentant à chaque extrémité un rétrécissement très serré. Certains chirurgiens ont même fait porter la résection sur de beaucoup plus grandes étendues d'intestin, jusqu'à 2 mètres (Kœberlé), sans mort. L'étendue de la résection ne semble donc pas conditionner la gravité de l'opération. Mais il faut en réalité constater que ces vastes résections ont été

pratiquées pour des rétrécissements multiples, sans envahissement du mésentère, avec des lésions presque éteintes. Il faut, en effet, pour avoir de bons résultats, que l'affection ait cessé d'évoluer, car s'il en est autrement, on s'expose à être obligé de pratiquer de vastes délabrements nécessités par l'état des ganglions mésentériques, et par la présence d'adhérences souvent très intimes, d'où aggravation considérable du pronostic immédiat de l'intervention. De plus, elle n'est pas ordinairement radicale, au sens absolu du mot, quelle que soit la longueur d'intestin réséquée : dans les formes diffuses, elle laisse subsister l'infection ganglionnaire qui est souvent très prononcée. Enfin c'est une opération relativement longue et qui doit être rejetée chez tous les malades dont l'état général est sérieusement compromis.

L'entéro-anastomose constitue le type des interventions palliatives. L'anastomose a pu être pratiquée entre l'intestin grêle et des points très divers du tube digestif, soit l'estomac (gastro-entéro-anastomose), soit le grêle lui-même (entéro-anastomose proprement dite), soit enfin le gros intestin (iléo-côlostomie ou iléo-sigmoïdostomie). L'anastomose peut réunir deux points très éloignés du tube digestif, car la circulation des matières continue à se faire partiellement au travers de l'anse mise au repos. (Travaux de Senn). La suppression du gros intestin n'amène pas non plus de troubles marqués : bien que son rôle normal soit de diminuer la fluidité des matières, on n'observe pas de diarrhée après une anastomose entre l'intestin grêle et l'S iliaque par exemple.

(Obs. 5). — Cette intervention laisse la lésion intacte et ne s'adresse qu'au symptôme obstruction intestinale. On lui a reproché aussi la stase possible des matières dans l'anse intermédiaire, mais ici encore les travaux de Senn, qui ont porté sur l'intestin grêle, montrent que leur passage n'est pas complètement supprimé. Dans le cas d'anastomose avec le gros intestin, la stase peut cependant se faire dans le cæcum. Mais elle a l'avantage d'être une opération rapide, que l'on peut multiplier sans grand danger lorsqu'existent des lésions diffuses.

Cette opération non seulement amène une cessation très rapide des signes de sténose, mais encore semble avoir une certaine valeur curative : on peut observer une rétrocession véritable des lésions, constatée anatomiquement dans quelques cas, au cours d'une intervention ultérieure (obs. 13) : on peut l'expliquer par le repos relatif qui est accordé à l'anse malade, en même temps qu'elle remet le sujet dans un état général qui lui permet, s'il en est temps encore, de triompher du mal et de guérir de sa tuberculose localisée. Enfin elle ne nécessite que peu de délabrements et permet d'éviter au maximum les dangers constants chez un tuberculeux, d'une inoculation péritonéale et d'une infection sanguine.

L'exclusion intestinale a pour but de supprimer d'une façon absolue le passage des matières au niveau du point malade. C'est encore une opération palliative, mais elle diffère de l'entéro-anastomose par ce fait que l'anse lésée est complètement mise au repos. L'exclusion bilatérale est obtenue par deux sections

définitives de l'intestin, au-dessus et au-dessous du segment lésé. Elle ne devra jamais être fermée, mais ouverte à la paroi, d'où restriction de son emploi, par la nécessité où l'on se trouve de provoquer une fistule pyostercorale. L'exclusion unilatérale est plus souvent utilisée : elle consiste à sectionner l'intestin au-dessus de la lésion, et à aboucher celui-ci en un point situé plus bas. On ne peut l'utiliser lorsqu'il s'agit de lésions haut situées sur le grêle, à cause du péristaltisme qui ferait refluer les matières dans le segment exclus. Elle doit être réservée aux lésions de la portion terminale de l'iléon, ou de l'angle iléo-cæcal. Dans ce cas, pour éviter le reflux des matières dans le cæcum, qui est très souvent atteint, il est préférable d'aboucher le point sectionné dans la portion inférieure du côlon descendant.

De même que l'entéro-anastomose, l'exclusion agit surtout en mettant les lésions au repos, et cela d'une manière certaine. Ce n'est qu'une opération palliative, mais, comme elle, elle peut avoir aussi des effets curatifs, par le même mécanisme. On a reproché à l'exclusion unilatérale, avec abouchement iléo-iliaque, de provoquer de la diarrhée : or, elle ne se produit que lorsqu'existent en même temps des lésions d'entérite : le côlon iléo-pelvien suffit à lui seul à agglomérer les matières.

Voyons maintenant les indications opératoires, telles qu'elles sont posées dans le traité de MM. Bérard et Patel, puis dans leur rapport au Congrès de Chirurgie. Si le chirurgien a peu d'action sur les entérites diffuses des tuberculeux pulmonaires arri-

vés à la phase ultime, il peut influencer heureusement les effets d'une sténose, en rétablissant le cours des matières et en supprimant le foyer d'infection. Cependant même s'il existe des foyers pulmonaires ulcéreux, ils ne constituent pas une contre indication absolue. L'influence défavorable qu'exerce sur eux la lésion de l'intestin peut être atténuée ou même supprimée par une intervention chirurgicale. Enfin, il faudra opérer de bonne heure, car alors on pourra pratiquer des interventions qui, plus tard, seraient impossibles, et ne pas attendre, comme le recommande Nothnagel, que des accidents graves se produisent.

Il faut donc opérer, mais quelle intervention doit-on pratiquer? Il est rare qu'on puisse le décider avant la laparotomie. C'est seulement en présence des lésions que le chirurgien choisira l'une ou l'autre. Il faut cependant faire intervenir en première ligne la question de l'état général du sujet. Dans les cas où le malade est arrivé à la cachexie, ou présente une tuberculose pulmonaire avancée, l'anesthésie elle-même peut lui faire courir de graves dangers immédiats. Si l'opération est jugée possible, on devra rejeter toutes les opérations radicales, et se contenter d'opérations palliatives, afin de parer aux accidents immédiats. C'est ainsi que dans l'observation publiée par le professeur Muscatello, l'état du malade était si grave qu'on pratiqua un anus iliaque qui plus tard fut suivi, après sa cure chirurgicale, d'une guérison complète. Si l'état général est bon enfin, le choix de l'intervention dépendra de la nature des lésions elles-mêmes.

Envisageons d'abord le cas d'une lésion limitée. On hésitera alors entre une entérectomie et une entéro-anastomose. les contre-indications de la première paraissant comme autant d'indications nettes de la seconde. Si l'intestin grêle est mobile, si on peut l'attirer au dehors, on aura tout avantage à pratiquer une entérectomie faite en tissu sain. Si au contraire, la lésion est maintenue fixée, soit par le mésentère, soit par des adhérences unissant l'intestin aux organes voisins (la vessie dans l'observation 1), il y aura tout intérêt à préférer l'entéro-anastomose. L'anastomose apparaît donc comme toujours possible, souvent efficace; d'ailleurs on peut la compléter dans une intervention ultérieure par une opération radicale (obs. 3). C'est dans ces cas, lorsque la lésion siège au niveau de la portion terminale de l'iléon, ou de la région iléo-cæcale que l'on peut pratiquer, avec le maximum de chances de succès, l'exclusion unilatérale, avec abouchement de l'iléon dans l'anse sigmoïde; cette opération peut même donner d'excellents résultats dans des cas de forme ulcéreuse, comme c'est le cas pour la malade de l'observation 10.

S'il s'agit de lésions diffuses, telles qu'on les rencontre dans les formes entéropéritonéales, le nombre des interventions est encore plus limité. Si l'intestin est lésé sur toute son étendue, il faut le plus souvent se borner à refermer le ventre, ou tout au moins ne pratiquer qu'une entéro-anastomose limitée. Si on trouve des portions saines, au contraire, le mieux est de pratiquer une entéro-anastomose simple qui permettra d'obvier aux signes immédiats de sténose.

CHAPITRE III

OBSERVATION I

Publiée dans *Bull. Soc. chir.*, Lyon, 9 déc. 1904 (M. Patel).

*Rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin grêle.—
Troubles digestifs datant de six mois; signes d'obstruction
intestinale: coliques étagées. — Intervention: trois rétrécisse-
ments sur le trajet de l'intestin grêle. Entéro-anastomose. —
Guérison maintenue.*

B.-L., âgé de 17 ans, entre dans le service du professeur Jaboulay le 8 Juillet 1903 pour des troubles intestinaux dont le début remonte à plusieurs mois. On ne relève rien dans les antécédents héréditaires ou personnels.

La maladie actuelle remonte au mois de janvier 1903. Au début les digestions devenaient de plus en plus difficiles; le malade vomissait et s'amaigrissait. Le 3 mars, après un repas copieux, il fut pris de très vives douleurs abdominales avec ballonnement du ventre et vomissements abondants. Depuis cette crise aiguë des accès douloureux survenaient 5 heures après le repas, avec une grande régularité; ces douleurs n'étaient plus vagues comme dans les premiers temps, mais

bien déterminées, très vives et localisées dans la fosse iliaque du côté gauche. A ce moment, dit le malade, cette région de l'abdomen se voussurait, les anses intestinales se dessinaient sous la paroi; quelques minutes après on entendait un bruit abdominal semblable au glou-glou d'une bouteille qui se vide, et assez violent pour être perçu par ses parents; puis la douleur et la tuméfaction disparaissaient. Ces accès se répétaient plusieurs fois de suite. Le malade suivit un traitement médical, mais en mai, se croyant guéri, il se mit à manger de nouveau. Les douleurs reparurent alors, et s'installèrent malgré le régime suivi.

Etat actuel: Le malade est pâle, amaigri. Il a perdu 20 kilos depuis le début de sa maladie. L'appétit est conservé, mais le malade ne mange pas, pour éviter le retour des crises douloureuses. Il se plaint de vomissements et de douleurs toujours localisées dans le flanc droit.

L'abdomen est un peu météorisé. La palpation est facile, sauf au niveau de la fosse iliaque gauche où le malade résiste et souffre; néanmoins on ne sent rien. La percussion révèle une sonorité de tout l'abdomen et des flancs. Pas d'autres signes. Le malade fait alors un repas normal et le lendemain d'autres signes apparaissent. Ils consistent en une colique, avec péristaltisme des anses du grêle et voussure de la paroi abdominale; puis une ou deux minutes après le début, la voussure s'affaisse, le malade se dit soulagé; on entend alors ce bruit intestinal, hydroaérique, si caractéristique, qui témoigne du passage des matières au niveau d'un point rétréci. Quelques minutes après, les mêmes symptômes se reproduisent un peu plus bas, puis une troisième fois, au dessus du pubis, mais beaucoup moins accentués. Ces accès peuvent être reproduits presque à volonté en effleurant la paroi.

Les selles sont normales comme consistance et comme couleur. L'examen des autres viscères ne révèle rien d'anormal, pas de température.

M. le professeur Jaboulay porte le diagnostic de sténoses

multiples siégeant sur l'intestin grêle et de nature probablement tuberculeuse.

Opération le 11 juillet 1903. Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous ombilicale. Après ouverture du péritoine une anse grêle fait aussitôt issue dans la plaie, distendue et très épaissie. Un peu plus bas on trouve un premier point sténosé; l'intestin paraît à ce niveau enserré par une bague; la séreuse est dépolie; le rétrécissement s'étend sur trois centimètres; il est dur. Au-dessus de lui la paroi est très épaissie; la pression digitale rend compte qu'il n'y a pas seulement de l'œdème, mais une véritable augmentation d'épaisseur. Plus bas on trouve un second point rétréci qui adhère à la face postérieure de la vessie, puis un troisième qui est libre. Ces rétrécissements s'échelonnent sur une longueur de 0^m50; ils siègent sur le milieu de l'intestin grêle. Le reste du paquet intestinal, exploré avec soin, est absolument sain. Dans le mésentère on trouve de petits ganglions placés contre l'insertion de l'intestin et qui sont réunis par des trainées de lymphangite à d'autres ganglions placés près de l'insertion du mésentère à la colonne vertébrale. On pratique une entéro-anastomose latérale au bouton de Jaboulay entre deux points de l'intestin qui sont sains. Le rétrécissement intermédiaire est laissé adhérent à la vessie.

Réintégration des anses, suture à trois plans de la paroi abdominale. L'opération a duré vingt minutes.

Suites opératoires. — Suites immédiates excellentes. Huit jours après le malade commença à prendre des aliments solides et ne ressentit aucune douleur. Puis il quitte l'Hôpital. Il est présenté à la Société de médecine de Lyon, le 27 juillet.

Septembre. — Le malade est revu: il a augmenté de 22 kilos. Il mange bien sans que les coliques soient jamais revenues. Aucun trouble digestif. La paroi abdominale est entièrement souple. La palpation ne décèle rien d'anormal. La guérison est donc absolument complète.

Le 16 novembre 1906. — Le malade est revu avec un état général parfait. Il mange de tout ; les digestions sont faciles ; cependant il se produit, lorsqu'il a mangé, des bruits à l'intérieur de l'abdomen, sans coliques douloureuses ; pas de diarrhée ; les selles sont absolument normales. Le malade a repris son métier qu'il exerce sans peine et sans fatigue. A l'examen on constate que la paroi abdominale est entièrement souple, facilement dépressible. On peut percevoir un clapotage dans l'hypochondre gauche ; il est intermittent, dit le malade qui s'observe très attentivement. Cet examen provoque immédiatement l'apparition de bruits très intenses, et en même temps on voit la paroi abdominale se voussurer à gauche et au-dessous de l'ombilic ; on suit la progression de la contraction intestinale, et aussitôt après l'apparition des bruits la paroi s'affaisse. Le malade ne souffre nullement, et c'est seulement après les repas que ces contractions surviennent. Le résultat est donc excellent.

Novembre 1908. — Nous venons de revoir le malade. Il fait actuellement sa seconde année de service dans l'armée auxiliaire. Il se porte très bien, a les digestions faciles et peut manger de tout. L'état général est des plus satisfaisant et le malade se déclare absolument enchanté de l'intervention subie. Il n'accuse plus aucune douleur et se plaint seulement de bruits qui se produisent dans son abdomen au moment de la digestion. Ces bruits sont tellement intenses qu'ils sont perçus quelquefois par les personnes de son entourage, ce qui n'est pas sans le gêner. Cependant ils ne se produisent pas ou sont bien moins accentués lorsque le malade prend des cachets de magnésie et de charbon associés. Donc résultat fonctionnel absolument parfait. L'examen ne révèle absolument rien d'anormal.

OBSERVATION II

(Publiée in Bérard et Leriche, *Revue de Chirurgie* 1904)

Rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin grêle et occlusion subaigue par bride : laparotomie ; guérison.

V. P., âgée de 9 ans, entre à la Charité, Salle S^{te}-Renée, le 26 mai 1903 pour une affection abdominale déjà ancienne qui s'est aggravée depuis un mois.

Née de parents inconnus, cette petite fille a toujours été malade ; depuis longtemps elle digère difficilement et son abdomen est volumineux. On l'amène à l'hôpital car elle a beaucoup maigri récemment ; elle vomit parfois après ses repas ; elle est tantôt constipée, tantôt atteinte de diarrhée. De temps à autre l'intestin apparaît distendu à travers la paroi ; l'enfant souffre surtout à ces moments là.

A l'inspection, on trouve le ventre caractéristique du carreau : gros, un peu étalé dans les flancs, irrégulièrement saillant autour de l'ombilic. Péristaltisme assez marqué à ce niveau. A la palpation, pas de flot, mais des masses dures, bosselées, fixées en avant de la colonne.

A la percussion, matité en damier, submatité dans le flanc gauche, sans modification dans les changements de position de la malade.

Le toucher rectal ne donne pas d'indications spéciales. Pas d'augmentation de volume du foie ni de la rate ; pas d'albumine dans les urines.

Les deux sommets des poumons sont le siège de lésions discrètes ; submatité, obscurité avec quelques craquements. Déformations hippocratiques des doigts. Ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux augmentés de volume.

Pendant les trois jours où on la garde en observation, la température de la malade oscille entre 38° 1 et 38° 4 le soir, entre 37° 7 et 37° 4 le matin.

Le diagnostic de tuberculose s'imposait surtout à cause des masses ganglionnaires énormes perçues dans l'abdomen, à cause des lésions pulmonaires et du délabrement de l'état général. Les troubles digestifs et l'augmentation considérable de volume de l'abdomen coïncidant avec la matité des flancs, nous avait fait conclure en outre à une péritonite tuberculeuse cloisonnée, peut être avec des brides coudant l'intestin ; aussi la laparotomie fut elle décidée.

Elle fut pratiquée le 28 mai dernier (M. Bérard). A l'incision du péritoine, aucune granulation n'apparaît sur la séreuse pariétale. Il s'écoule un peu de liquide citrin. Ce qui frappe d'emblée le regard, ce sont des masses solides incluses dans le mésentère et dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'une orange. Une première anse grêle est attirée avec quelques difficultés hors de l'abdomen ; elle est livide, congestionnée, mais pas dépolie. A mesure qu'on la déroule dans des compresses stérilisées, son calibre apparaît plus gros, et bientôt on constate que deux points de son bord mésentérique sont soudés l'un à l'autre pour constituer un anneau intestinal de 10 centimètres de diamètre environ.

Au niveau de ce point d'accolement, les deux portions correspondantes de l'anse sont le siège d'une infiltration tuberculeuse assez récente, à en juger par la coloration jaune orangé du piqueté qui transparait sous la séreuse. Cette infiltration part du mésentère et tend à étrangler l'intestin. C'est elle qui, arrivée jusqu'au bord libre, a envahi la séreuse et accolé les deux portions de l'intestin. Pourtant le double rétrécissement ainsi constiué permet encore le passage de la pulpe du petit doigt à travers les parois invaginées.

On se disposait à faire une exclusion de la partie d'intestin malade, en créant une anastomose latérale sur deux portions saines des anses grêles, mais en attirant davantage cette anse hors du ventre, on rencontra trois autres rétrécisse-

ments, en tout comparables aux deux premiers, et distants de 20, 30 et 60 centimètres à peu près. De même que les deux premiers, ces rétrécissements devaient être de formation récente, car leurs parois étaient épaissies, vascularisées, et la pulpe des doigts pouvait encore par invagination des tuniques franchir la sténose.

Il ne fallait pas songer à pratiquer une résection étendue de l'intestin, qui eût été rendue très laborieuse, sinon impossible, par les énormes masses ganglionnaires du mésentère. D'ailleurs rien ne prouvait qu'il n'y eût pas encore d'autres sténoses sur d'autres portions de l'intestin. On se borna donc à supprimer l'obstacle principal à la circulation des matières en détruisant l'anneau que formaient les deux points accolés et coudés de l'anse grêle : la désunion de ces deux points fut assez facile. Mais comme à ce niveau la séreuse avait dû être éraillée, on enfouit les surfaces suspectes par quelques points de suture séro-séreuse. Suture de la paroi abdominale à trois plans.

Les suites de l'opération furent simples. Pendant trois jours, l'enfant reçut des injections de sérum et des lavements nutritifs. Elle n'eut que deux vomissements pendant les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération. A partir du quatrième jour, on reprit l'alimentation liquide puis solide par la voie buccale. La température s'éleva le troisième jour à 39° 9 pour retomber à la normale le sixième jour et osciller ensuite entre 37° et 37° 6 avec une seule élévation à 38° 4.

Lors du premier pansement fait le neuvième jour, on constatait déjà une diminution notable du volume de l'abdomen, et il semblait que les masses mésentériques eussent un peu rétrocedé. Réunion par première intention.

Dans les quinze jours qui suivirent, la petite malade engraisa de deux kilogs. Elle reprit l'alimentation normale, puis fit de la suralimentation sans présenter aucun trouble digestif. Selles normales comme forme et comme consistance ; pas de diarrhée.

Actuellement (25 juin) le ventre est encore saillant, un peu tympanisé, sonore partout, nullement douloureux ; les masses profondes sont de moins en moins perceptibles. L'état général s'est beaucoup remonté. Tout permet d'espérer que cette amélioration va encore s'accroître à Gien où l'enfant va partir.

La malade a été revue cette année, (août 1908). Son état est des plus satisfaisant ; l'exploration de l'abdomen ne révèle plus aucune lésion, aucun péristaltisme, aucun empâtement. C'est une grande jeune fille bien développée ; à l'auscultation on ne trouve aucun signe de lésion pulmonaire.

OBSERVATION III

MM. Bérard et Patel, *Lyon méd.*, T. CII, p. 1184.

Tuberculose sténosante iléo-cæcale ; obstruction chronique : anastomose iléo-colique et résection secondaire du segment iléo-cæcal.

M..., 32 ans, homme d'équipe au chemin de fer, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint Sacerdos le 15 mars 1904 pour des troubles gastro-intestinaux datant de septembre dernier. L'affection a débuté en pleine santé par des douleurs péri-ombilicales assez vives, par des vomissements et de la constipation qui durèrent plusieurs jours. Puis le cours des matières se rétablit, et le malade put reprendre son travail, mais en gardant toujours une sensation de pesanteur dans le bas ventre et de ballonnement après le repas. De temps à autre ces malaises subissaient une recrudescence brusque : la distension abdominale s'accroissait en même temps que des anneaux semblaient se dérouler autour de l'ombilic ; des

bruits divers, borborygmes, gargouillements se produisaient tandis que l'intestin se contractait davantage. Puis tout rentrait dans l'ordre, et après une ou deux selles obtenues au moyen de lavements ou de laxatifs, le malade traversait une nouvelle période d'accalmie. Depuis cinq mois les vomissements n'ont plus reparu, mais la constipation s'est accentuée, alternant avec quelques flux diarrhéiques, dans lesquels se trouvèrent à plusieurs reprises des striations sanguines et même de véritables caillots mêlés de glaires.

L'appétit disparut de plus en plus, sans élection spéciale du goût pour la viande.

Traité d'abord pour une sténose pylorique, le malade suivit plus tard divers traitements médicaux qui restèrent sans effet.

Il est marié, a deux enfants en bonne santé. Lui-même n'accuse aucune maladie sérieuse antérieure. Il n'a aucun autre trouble viscéral; les appareils respiratoire et urinaire sont en bon état.

Je fus appelé à le voir dans le service de M. Jaboulay que j'avais l'honneur de suppléer.

A l'examen nous constatons une distension modérée de l'abdomen, surtout marquée au voisinage de l'ombilic. Au moment des crises douloureuses, des ondes péristaltiques très nettes se dessinaient à l'hypogastre, se dirigeant vers la fosse iliaque droite, où le malade accusait le maximum de souffrances, sans que la palpation révélât cependant à ce niveau une masse distincte. Des gargouillements et des bruits divers accompagnaient les contractions visibles de l'intestin. Le cæcum et le côlon clapotaient pas et ne semblaient pas distendus; par contre les anses grêles accumulées dans l'hypogastre rendaient à la percussion un son tympanique.

Le toucher rectal montrait l'ampoule libre, mais le Douglas était rempli en masse par des anses intestinales. Rien à la prostate. Cet ensemble de signes: douleurs coliquatives, péristaltisme apparent, constipation, sans beaucoup de nausées ni de vomissements, distension péri et sous-ombilicale, nous

firent admettre une obstruction intestinale chronique, par obstacle siégeant sans doute, dans la paroi, le segment intestinal intéressé devant être au voisinage du cæcum. L'opération est pratiquée le 18 mars 1904. Anesthésie au Billroth.

Comme on n'avait pas de certitude sur le siège de l'obstacle, la laparotomie médiane sous-ombilicale est préférée à l'incision iliaque droite. Le péritoine ouvert, une anse grêle énorme fait issue au dehors : d'un diamètre de douze à quinze centimètres, d'une épaisseur telle que les parois semblent en carton ; elle est congestionnée, mais saine. La main droite va à la recherche du cæcum mais ne peut arriver jusqu'à lui ; il faut sortir hors de l'abdomen environ un mètre de cet intestin grêle très distendu et hypertrophié pour sentir enfin dans la fosse iliaque droite une masse dure, faisant corps avec l'intestin, peu mobile sur les plans profonds. L'extirpation immédiate de cette masse semble hasardeuse, le malade étant opéré en pleine obstruction ; nous décidons d'établir d'abord une anastomose iléo-colique entre la fin de l'iléon et l'S iliaque, quitte à tenter la cure radicale plus tard. A grand peine et au prix d'efforts patients et prolongés la plus grande portion de l'intestin éviscérée est réintégrée dans l'abdomen grâce à l'artifice de la compresse. On ne laisse au dehors que les segments du grêle et de l'S iliaque sur lesquels portera l'anastomose. Un bouton du type Jaboulay est placé ; mais lorsqu'on veut le serrer, les parois de l'iléon épaissies de près de cinq millimètres, et très œdématisées, s'écrasent. Il faut assurer la coaptation des deux anses par un surjet séro-séreux total. Suture de la paroi à trois plans.

Bien que cette intervention ait duré près d'une heure, les suites en sont simples ; pendant deux jours les injections de sérum permettent de laisser le malade à la diète ; le troisième il rend des gaz et va à la selle le quatrième jour à l'aide d'un lavement. Les douleurs persistent quelque temps encore ; mais le huitième jour seulement il se plaint de coliques analogues à celles d'autrefois ; il a un seul vomissement bilieux qui ne se reproduit pas. Peu à peu l'état

général se relève. Au bout d'un mois on juge le malade assez résistant pour supporter la cure radicale de sa tumeur que l'on perçoit maintenant à travers la paroi abdominale.

Le 16 avril, anesthésie au billroth, incision iliaque droite.

On tombe de suite sur la terminaison de l'iléon encore notablement distendu. Au niveau de la vulve de Bauhin un noyau très dur infiltre le cæcum qui est, d'autre part, libre d'adhérences.

L'iléon est sectionné à 8 ou 10 centimètres du cæcum, entre deux ligatures qu'il faut remplacer par des pinces à mors élastiques, car le fil glisse sur la paroi œdématisée. Le bout proximal est fermé à trois plans de sutures. Puis le cæcum est très facilement libéré du tissu cellulaire qui l'entoure; une deuxième pince, posée sur le côlon ascendant, très mince et aplati, permet la section et la suture de la tranche, également à trois plans. L'hémostase du mésentère n'offre pas de difficultés particulières, bien qu'il soit infiltré par quelques ganglions mous. Le segment iléo-colique extirpé a environ vingt centimètres de long. Deux mèches de gaze blanche assurent l'hémostase de la loge cæcale; le reste de la plaie est réuni.

Les suites immédiates ont été excellentes; le malade est allé à la selle deux jours après. Il n'a pas présenté de réaction péritonéale.

En juillet 1907, le malade allait toujours bien, mais nous avons appris récemment (décembre 1908) qu'il était décédé, sans que nous ayons pu savoir de quelle affection.

OBSERVATION IV

Inédite. — Due à l'obligeance de M. Bérard

Tuberculose de la fin de l'intestin grêle et du cæcum

Anastomose iléo-colique.

J..., 26 ans, tulliste, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, le 27 février 1908.

Un frère mort à 18 ans de péritonite. Un enfant mort de diarrhée infantile.

Dans les antécédents personnels on ne relève rien.

Il y a sept mois, la malade s'affaiblit peu à peu, se plaignait de vagues douleurs abdominales, surtout à droite, s'accompagnant d'un peu de diarrhée et d'amaigrissement. Un mois plus tard son état s'accentua et se compliqua de vomissements. Elle fit appeler un médecin qui la traita pour une appendicite. Après quelques jours, elle allait mieux, et au bout d'un mois la malade pouvait reprendre son travail. Cependant de temps en temps crises suraiguës avec douleurs qui disparaissent après un ou deux jours. De plus, la malade présentait une constipation opiniâtre avec endolorissement de la fosse iliaque droite. Il y a deux mois, nouvelle crise plus aiguë, pour laquelle elle fut encore traitée pour appendicite. Depuis elle n'a pas repris son travail et les douleurs plus vives, avec vomissements plus fréquents, l'amènent à l'hôpital.

Elle se plaint d'avoir beaucoup maigri ; l'appétit a disparu et elle a pris du dégoût assez marqué pour la viande.

Actuellement, la malade présente un bon état général.

Langue bonne, à peine saburrale.

Aucun trouble stomacal. Les vomissements surviennent trois ou quatre heures après les repas.

L'abdomen est souple, non météorisé.

Palpation douloureuse au point de Mac-Burney.

Les autres organes ne présentent rien de particulier.

Le toucher vaginal ne révèle rien.

Une intervention est pratiquée le 14 mars 1908 (M. Bérard). Après incision d'appendicite, on trouve un épaississement cartonné de la fin de l'intestin grêle, avec un début de sténose au voisinage de l'angle iléo-cæcal et des granulations sur la portion sus-jacente, et sur la partie inférieure du cæcum.

Contrairement à ce qu'on voit d'ordinaire, l'intestin grêle n'est pas dilaté en amont de la lésion. Il garde sa grosseur ordinaire et ses parois sont à peine plus épaisses que normalement.

L'appendice est sain.

On anastomose le grêle avec le côlon transverse, puis après avoir placé deux pinces en aval de l'anastomose, on sectionne l'intestin et on suture les deux bouts. De cette façon on a créé une voie dérivative en isolant du cours des matières les parties malades, qui ainsi mises au repos, auront toute facilité pour guérir; c'est en somme une exclusion unilatérale.

20 décembre. — La malade est revue aujourd'hui. Elle ne souffre plus tant au moment de ses digestions, et elle a pris un embompoint notable. Elle présente une légère diarrhée, mais intermittente. Elle est enceinte de huit mois, et sa grossesse s'est poursuivie absolument normale.

OBSERVATION V

Inédite. — Service de M. Bérard.

Tuberculose sténosante de l'iléon et hypertrophique du cæcum.

Entéro-anastomose. — Guérison complète.

R..., tripier, 42 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans un service de médecine, le 7 décembre 1907, pour des troubles gastro-intestinaux.

On ne relève rien dans les antécédents héréditaires ou personnels.

L'affection actuelle a débuté, il y a dix-huit mois, par de la perte de l'appétit, des douleurs dans le ventre et des alternatives de constipation et de diarrhée. Le malade a renoncé à tout travail depuis six mois.

En effet, à l'examen on constate qu'il est très amaigri. Il présente un teint jaune paille avec décoloration assez prononcée des muqueuses.

L'examen de l'appareil digestif ne révèle rien d'objectif. Le malade accuse quelques douleurs localisées, semble-t-il, au niveau de la région sous-hépatique. L'estomac non dilaté, ne clapote pas. Le malade n'accuse pas de dégoût spécial pour les graisses ou les viandes. Le ventre est plat, à peine douloureux. La palpation ne permet de sentir aucune masse. Le malade dit qu'au cours de ses crises de coliques il a l'abdomen météorisé et que de nombreux bruits de glou-glou se produisent dans la fosse iliaque droite surtout.

Aux autres appareils on constate :

Au poumon, des signes nets de pleurésie de la base gauche, avec une respiration rude et forte aux deux sommets.

Au cœur des frottements.

Disque moyen d'albumine dans les urines.

Le soir de l'entrée une ponction exploratrice étant faite permet de retirer de la plèvre gauche une petite quantité de liquide citrin.

Le 20 décembre, le malade a été pris de douleurs abdominales qui ont augmenté progressivement, accompagnées de vomissements alimentaires. L'abdomen est considérablement météorisé ; les anses intestinales très distendues, sont visibles sous la paroi, mais ne présentent pas de mouvements péristaltiques. La palpation est douloureuse partout, mais surtout au creux épigastrique. Le facies est grippé, le pouls petit à 104. A la suite d'un lavement, le cours des matières qui était interrompu s'est rétabli, et le malade va mieux le lendemain. A ce moment, on examine plus facilement l'abdomen, bien qu'il

existe encore un peu de contracture de la paroi. La palpation ne relève aucune tumeur nette, mais une masse indurée à contours vagues dans la fosse iliaque droite. Pendant l'examen, nombreux bruits musicaux qui semblent se produire dans la moitié droite de l'abdomen.

Pas d'autres signes. — A cause de ce syndrome et des antécédents du malade, M. le Docteur Favre, suppléant M. Mollard, songe à une tumeur ou plutôt à une tuberculose sténosante. Le malade est évacué sur un service de chirurgie et une intervention est décidée.

Opération le 9 janvier 1908 (M. Bérard). Une première incision sous-ombilicale sur le côté droit de laquelle on en branche une seconde, perpendiculaire, après avoir constaté qu'il existait plusieurs lésions de l'intestin. On trouve d'abord un rétrécissement de la partie terminale de l'intestin grêle, qui est épaissie sur une longueur de sept à huit centimètres. Ce rétrécissement, très serré, est encore perméable cependant, car avec le doigt on peut invaginer l'intestin à son intérieur, ce qui explique la circulation encore possible des matières. Comme on soupçonne la tuberculose, on dévide l'intestin en amont de la lésion. Il est épaissi, œdématié, sur une longueur de quarante à cinquante centimètres, mais on ne trouve pas de granulations tuberculeuses nettes. Peut être quelques doutes pouvaient ils rester au sujet de la nature de l'affection, étant donné l'existence d'une grosse adénite mésentérique, si en continuant l'exploration on ne trouvait au niveau du cæcum une masse indurée. — A dix centimètres de la valvule iléo cæcale, nouvelle lésion, avec rétrécissement compliqué de fibro-lipomatose du voisinage, avec franges graisseuses jaunâtres englobant le rétrécissement. Donc rétrécissement de nature tuberculeuse.

L'opération radicale qu'on eût tenté de faire avec un état général meilleur eût consisté dans la résection des rétrécissements, c'est-à-dire, de la fin de l'intestin grêle et du cæcum, avec implantation de l'anse grêle proximale dans le côlon transverse, ou dans l'anse sigmoïde. Mais le malade

étant très faible, en état d'occlusion et présentant des lésions pulmonaires et aortiques en évolution, on se borne à pratiquer une simple anastomose au bouton entre l'intestin grêle (à environ 0^m 50 du cæcum) et le côlon transverse. Suture de la paroi.

Le 12 février 1908. — Le malade présente une pneumonie double.

Le 24 février 1908. — La pneumonie a guéri; au point de vue local, le malade est guéri; il ne souffre plus, et a engraisé. Il part en convalescence à Longchène, où il engraisse de trois kilogs en deux mois.

1^{er} Décembre 1908. — Le malade a repris son métier depuis six mois; il ne souffre plus qu'à de très rares intervalles; donc résultat excellent.

OBSERVATION VI

Inédite. — Service de M. Bérard.

Bacillose pulmonaire. — Diarrhée chronique. — Syndrôme fonctionnel de bacillose intestinale. — Laparotomie exploratrice.

S. C..., 42 ans, institutrice, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul le 22 août 1908, pour des troubles gastro-intestinaux.

Antécédents héréditaires bacillaires nets: père mort d'entérite bacillaire.

Antécédents personnels: fièvre typhoïde à 8 ou 9 ans. — Méningite à 5 ans. La malade a commencé à tousser il y a dix ans; elle avait un peu de fièvre et se plaignait du sommet droit.

Il y a huit ans, la malade a pris des crises diarrhéiques après ses repas. Ces crises duraient huit ou quinze jours, puis

disparaissaient et revenaient deux semaines après. La malade n'a pas remarqué de sang dans ses selles ; elle ne souffrait pas. L'année dernière, au mois d'août, à Hauteville, la malade a eu une crise d'entérite avec diarrhée et une douleur très vive au niveau et autour de l'ombilic. Depuis, ces crises ont plutôt augmenté d'intensité et la douleur s'est irrodiée à droite. Jamais d'ictère.

Il y a cinq ou six mois, la malade a remarqué qu'après les repas généralement, une tumeur se formait dans le flanc droit, puis disparaissait, avec une onde dessinée sous la peau, traversait le ventre horizontalement avec des bruits musicaux.

Depuis deux mois la malade a une douleur vive dans la fosse iliaque droite, et ne peut plus se baisser. Elle a maigri de 5 kilogs dans l'année ; elle n'a jamais vomi. Pas d'hématémèse ni de melæna.

La malade réglée régulièrement jusqu'à cette année, a maintenant des règles irrégulières et douloureuses. Quelques hémoptysies au moment de ses règles.

A l'examen, la malade présente un état général encore satisfaisant. Les lésions du sommet droit sont cicatrisées. A l'abdomen, on voit se dessiner quelques ondes au-dessous du côlon transverse ; on sent un peu d'empâtement au niveau de la région du flanc droit, de la fosse iliaque droite, régions qui sont très douloureuses.

On n'a pas pu observer nettement le syndrome de Kœnig décrit par la malade et par le docteur Dumarest. Le toucher rectal est négatif.

Le 26 août, Intervention. M. Bérard pratique une laparotomie exploratrice sus et sous-ombilicale : elle montre un péritoine pariétal et un épiploon sains, un intestin grêle délavé, avec des nœuds de contraction spontanée se produisant très facilement quand on palpe les anses. On l'observe surtout vers la fin de l'iléon qui présente, à travers la séreuse, comme des taches ecchymotiques, correspondant sûrement à des ulcérations intestinales. L'appendice est ecchymotique, avec son méso chargé de graisse.

Le 19 septembre. — L'état de la malade est satisfaisant.

Le 24 septembre. — Elle sort guérie.

Revue en décembre : elle présente un excellent état général ; elle a repris de deux kilogs et ne souffre plus du tout au moment de la digestion.

OBSERVATION VII

Publiée par M. Bérard, in Lyon Médical 1906, p. 843.

Antécédents tuberculeux. — Phénomènes de contractions spasmodiques de l'intestin. — Laparotomie simple. — Amélioration considérable.

S. B., religieuse, 38 ans.

Antécédents héréditaires. Père atteint de bronchite depuis de longues années. Mère bien portante. Un frère mort de tuberculose pulmonaire ; le second a été réformé pour lésions suspectes du poumon ; le troisième va bien. Cinq sœurs assez bien portantes.

Antécédents personnels. La malade a toujours été faible et a toussé beaucoup. Il y a deux ans, bronchite intense avec albuminurie presque constante et températures inverses.

Début de l'affection actuelle en juillet 1905, par des crises de diarrhée. Puis, après six ou sept semaines, à la diarrhée succéda la constipation. En même temps s'installèrent de violentes coliques, avec hyperesthésie de la paroi abdominale et péristaltisme intestinal très prononcé. Aucun autre trouble fonctionnel. La température oscillait entre 38°2 et 37°8 avec maximum le soir. La perte de poids était régulière : en juillet la malade pesait 80 kilogs, en octobre ce n'était plus que 55 kilogs 500.

M. Mollard qui la soignait demanda alors l'avis de M. Bérard,

qui conseilla une intervention, pensant qu'il existait des lésions tuberculeuses de l'intestin, causes de sténose ou de spasme.

Intervention le 18 novembre 1905 (M. Bérard).

Laparotomie médiane sous-ombilicale : vascularisation très grande de la paroi. La cavité péritonéale ne renferme pas de liquide. L'intestin apparaît entièrement libre, un peu congestionné, surtout vers la fin de l'iléon. Le péritoine qui le recouvre est moins lisse que le péritoine pariétal. Pas de granulations tuberculeuses ni de tractus fibrineux. La région iléo cæcale est complètement saine, ainsi que l'appendice. Le reste de l'intestin grêle paraît en certains points plus congestionné, en d'autre presque blanchâtre. Il n'y a pas de rétrécissements véritables, constitués, mais un état spasmodique de certains points.

On peut voir directement, en étalant l'intestin sur une compresse, une sorte de péristaltisme localisé très prononcé ; et l'intestin semble alternativement étranglé et dilaté. Certains de ces rétrécissements se produisent sous le doigt et persistent un certain temps, assez serrés pour oblitérer le calibre de l'intestin. Ces phénomènes sont surtout nets vers la fin de l'iléon, dans la zone où l'intestin est le plus congestionné, et dont le mésentère présente une infiltration ganglionnaire des plus nettes.

Suites opératoires. — Dès le lendemain de l'opération, la température a repris son type inverse, sans écarts supérieurs à 37°,2 et 38°,3. La plaie se cicatrise normalement ; mais le soulagement n'est pas immédiat. La constipation a persisté ; les accès douloureux, avec les contractions intestinales sont revenus au bout de trois semaines, même plus intenses qu'avant l'intervention. L'amaigrissement a continué. L'auscultation révèle des signes certains de tuberculose des sommets. Seulement l'albuminurie a disparu. La malade semble décidée à une nouvelle intervention, que l'on diffère cependant à cause de l'inconstance des crises péristaltiques et de l'absence de toute tuméfaction fixe, à l'examen de l'abdomen.

Le 15 décembre 1905 départ pour l'hospice Sainte-Eugénie. Très rapidement alors le spasme cède et les douleurs s'atténuent; la malade est revue le 8 janvier en excellent état général; actuellement elle a engraisé de près de trois kilogs.

La malade revue récemment (novembre 1908) présente un état général très satisfaisant; les troubles digestifs se sont beaucoup atténués; il subsiste encore du ballonnement après les repas et de la paresse de l'intestin, mais sans crises douloureuses.

OBSERVATION VIII

Inédite. — (M. Bérard, Clinique du Pr Jaboulay)

Rétrécissements tuberculeux multiples (2) de l'intestin grêle. — Entéro-anastomose latérale.

M... Jean, 23 ans. Entre le 6 juin 1904 salle Saint-Sacerdos pour des troubles digestifs. Il est envoyé par son médecin avec le diagnostic de sténose pylorique. Antécédents héréditaires sans intérêt. Son père est mort cardiaque. Sa mère est vivante et bien portante. Il a un frère en bonne santé

Personnellement, aucune maladie jusqu'à seize ans. A cet âge et jusqu'à vingt-deux ans signes d'hyperchlorhydrie: pyrosis, renvois acides, brûlures au creux épigastrique, quelques vomissements muqueux acides, le tout survenant par crises plus ou moins espacées. Tout ceci avait retenti profondément sur son état général. Aussi fut-il ajourné au Conseil de révision une première fois. Il le fut d'autant plus facilement les années suivantes qu'il eut à différentes reprises, il y a deux ans, des hémoptysies.

Il y a un an environ, apparition lente d'un météorisme progressif avec crises de péristaltisme. Avec la main posée à

plat, il sentait très nettement, dit-il, naître de petites saillies qui progressaient, puis s'effaçaient pour reparaître ailleurs. Peu de douleurs les accompagnaient, de temps en temps pourtant il avait de légères coliques. En même temps il présentait des alternatives de diarrhée, et de constipation.

Il y a huit mois environ, apparition de douleurs gastriques, presque continues, douleur xiphoïdo-vertébrale très nette, vomissements acides. Pas d'hématémèse, melæna très douteux. Bientôt vomissements alimentaires quotidiens; en aucun moment ces vomissements n'ont eu le caractère pylorique.

Dans ces deux derniers mois, le ventre s'est aplati, ne se météorise plus; le péristaltisme a disparu, ainsi que les vomissements. Depuis quelques jours il ne souffre plus. Il ne lui reste que de la constipation; il fait de petites matières laminées ou bien de petites boules fécales. Il prétend avoir de la lientérie, mais le fait ne s'est pas vérifié dans les quarante huit premières heures de son séjour.

Il a enfin beaucoup maigri, vingt kilogs, dans ces cinq derniers mois.

A l'examen on le trouve très amaigri, avec en plus des signes d'infantilisme très net, bien que le développement du système pileux soit normal.

Thorax : respiration puérile; l'expiration des deux côtés est prolongée, les deux temps de la respiration sont très bruyants sans le moëlleux ordinaire du murmure vésiculaire. Mais il n'y a ni craquements ni rales. Le cœur a sa pointe dans le cinquième espace, les bruits sont normaux.

Abdomen plat, à peine météorisé, sans défense de la paroi. Il faut un examen très approfondi et très prolongé pour arriver à voir un péristaltisme très léger. Clapotage stomacal léger, difficile à percevoir. L'estomac semble dépasser l'ombilic de un à deux travers de doigts. Peut être descend-il plus bas à droite qu'à gauche. L'insufflation montre un estomac assez grand, en égard au faible développement de l'individu. Il semble y avoir une zone hépatique, probablement pylo-

rique dont la palpation provoque des réflexes douloureux et même nauséux. Pas de ganglions dans les fosses iliaques. Rien dans les aînes, ni dans les creux sus claviculaires.

Rien au toucher rectal ni au testicule.

Urines sans albumine ni sucre, pas de température.

Après quelques jours d'observation, M. Bérard porte le diagnostic de sténose intestinale certaine avec sténose pylorique incomplète probable.

Le 11 juin, anesthésie à l'éther. Une laparotomie sus-ombilicale même directement sur un estomac un peu dilaté, présentant au niveau du pylore une légère induration qui n'est pas intra-pariétale. Elle répond à des ganglions du petit et du grand épiploon qui rétrécissent légèrement l'antrum pylorique. La sténose ne paraît pas suffisante pour prétexter une gastro-entérostomie et on passe à l'exploration de l'intestin. Le côlon transverse est grêle et peu développé. On prolonge l'incision dans la région sous-ombilicale. Il s'écoule alors un peu de liquide ascitique. En examinant l'intestin méthodiquement à partir de l'angle duodéno-jéjunal, on trouve siégeant sur la partie moyenne de l'iléon onze rétrécissements offrant l'aspect typique de la tuberculose pseudohypertrophique sténosante. Ils sont étagés sur une longueur de 1 mètre à 1 mètre 50, à des distances variables les uns des autres.

Tous ces rétrécissements sont perméables au doigt invaginant les tuniques intestinales, sauf le plus élevé où les lésions sont maxima et le dernier. A ce niveau, la sténose n'est pas perméable au petit doigt. Vue de l'extérieur, la lésion la plus haut située est couleur lie de vin, tandis que les autres rétrécissements sont plus blancs et plus fibreux, plus limités.

Il s'agit manifestement de tuberculose ulcéro cicatricielle de l'intestin grêle.

L'angle iléo-cæcal est libre.

Dès lors, l'anastomose latérale était seule indiquée. Elle est faite à la suture, de préférence au bouton, dans la crainte qu'une sténose sous-jacente à la dernière repérée, n'ait

échappé et que le bouton n'y soit bloqué au cours de sa migration. Durée : vingt minutes. Fermeture de la paroi à trois plans. Le malade reçoit une injection de sérum.

Le 13, débacle diarrhéique. Néanmoins tout va bien. Suites opératoires sans incident. Bientôt le malade est mis au régime ordinaire; il a grand appétit et les digestions sont faciles, quoiqu'il persiste un peu de diarrhée.

Le 22 juin, l'amélioration est sensible, le facies est bien meilleur, il mange et digère bien. Poids 42 kilogs.

Le 2 juillet. Depuis deux ou trois jours, diarrhée très marquée qui résiste dès lors à toute thérapeutique médicale (bismuth, opiacés, tannin, viandes crues, bleu de méthylène, etc.) Il souffre et reprend un peu de ballonnement du ventre. En même temps, il se remet à maigrir.

Le 5, un vomissement alimentaire peu abondant. Coliques. Diarrhée.

Le 7, malgré l'état du malade qui ne s'améliore pas, on le présente à la Société de chirurgie.

Le 10, il quitte le service dans le même état.

On apprend que, au milieu du mois de septembre, il a succombé aux progrès des lésions pulmonaires.

OBSERVATION IX

Publiée par MM. Bérard et Patel, in Lyon-Médical 1905.

Tuberculose en évolution de la fin de l'intestin grêle; cachexie progressive. — Rétrécissement très serré à la fin de l'iléon. — Quatre autres rétrécissements susjacents, incomplets. — Anastomose iléo-sigmoïdale.

F. M. . . , âgé de 24 ans, paveur, entre le 6 septembre 1904, salle Saint-Sacerdos, n° 34, service du professeur Jaboulay, pour des troubles intestinaux dont le début remonte à près d'un an.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont vivants et bien portants. Deux frères, l'un vivant et bien portant; l'autre mort jeune, à la suite d'une bronchite.

Personnellement. — Le malade n'a jamais eu d'affection grave dans son enfance; pas de signes de scrofules.

Blennorrhagie à 18 ans: le malade ne toussait pas du tout avant le début de son affection actuelle.

Celle-ci a débuté au mois de septembre 1903, il y a par conséquent un an; le malade se mit à ressentir une douleur abdominale presque continuelle; celle-ci siégeait principalement dans la fosse iliaque droite, et survenait quelques heures après les repas. Le malade présentait une constipation opiniâtre et n'allait à la selle qu'à l'aide de plusieurs lavements. En même temps il se mit à s'affaiblir et à maigrir progressivement. Le malade faisait son service militaire; il fut dirigé sur un hôpital et vint à Lyon. A l'hôpital Desgenettes on lui fit une laparotomie; la cicatrice est encore très visible et siége sur le bord externe du grand droit, du côté droit. Un médecin militaire qui avait assisté à l'opération a bien voulu nous donner les renseignements suivants. Après l'ouverture du péritoine on trouva un peu de liquide ascitique et l'on reconnut très nettement l'existence de lésions tuberculeuses vers la fin de l'intestin grêle; le cæcum n'était pas envahi du tout ainsi que l'appendice. Sur l'intestin grêle on voyait des granulations rares et un début de rétrécissement siégeant à dix centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, caractérisé par un anneau blanchâtre, presque cicatriciel. On ne fit aucune opération complémentaire; la laparotomie resta purement exploratrice.

Pendant quinze jours l'état du malade parut s'améliorer, mais la constipation redevint vite très intense; les douleurs abdominales furent encore plus marquées et le malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu le 6 septembre 1906.

A son entrée. — Il se présente considérablement amaigri, les traits creusés profondément, les yeux brillants, un mélange de facies abdominal et de facies tuberculeux. Les con-

jonctives, les lèvres sont entièrement décolorées. Le malade a perdu 26 kilogs depuis le début de son affection; il est extrêmement faible et ne peut se tenir debout, même un moment. L'appétit est nul, non pas que la sensation de faim ait disparu, mais les douleurs causées par l'ingestion des aliments sont si fortes, que le malade évite de manger. Après un repas, même très léger, les douleurs apparaissent presque aussitôt : elles sont généralisées à tout l'abdomen, mais la région de la fosse iliaque droite est particulièrement sensible; il n'y a pas de vrais paroxysmes douloureux, mais parfois une recrudescence de douleurs continues. Diarrhée peu abondante; le malade n'a jamais vu de sang dans ses selles.

Toux fréquente, quinteuse depuis longtemps, crachats abondants.

Pas d'hémoptysie.

Mictions fréquentes, la nuit; un peu de polyurie; pas de douleurs en urinant. Urines claires.

Examen de l'abdomen. — A l'inspection ventre plutôt aplati; on constate la présence, à droite de l'ombilic, d'une cicatrice solide, reste de la première opération; partout ailleurs la peau de l'abdomen est normale.

A la palpation on perçoit dans la fosse iliaque droite une résistance très accusée de la paroi; avec un peu d'insistance on sent un bloc dur, douloureux, du volume de deux poings, adhérent à la paroi abdominale antérieure; sa consistance paraît uniforme, mais une palpation exacte est absolument impossible. Pas de submatité dans les flancs, sauf au niveau de la tumeur; pas d'ascite. On ne trouve dans le voisinage aucune zone de clapotage. Le reste de l'abdomen est absolument normal. Le toucher rectal ne révèle rien dans le cul de sac de Douglas.

Les chocs répétés sur la paroi abdominale n'arrivent pas à produire de crises douloureuses; on a pu voir une seule fois s'esquisser le syndrome de Kœnig; mais il n'y avait pas de bruits intestinaux violents, seulement un léger soulèvement de la paroi, en dedans de la tumeur. Le tout donnait assuré-

ment l'impression d'un obstacle sur le trajet de l'intestin, mais aussi celle d'un intestin peu contractile au-dessus de lui. Aux poumons, craquements secs aux deux sommets; à droite, en plus, quelques râles humides, aux deux temps de la respiration.

Pas d'œdème des jambes; pas d'adénites.

Urines sans albumine.

Température 37°.

Le malade est tenu en observation pendant quelques jours; on voit quelques coliques frustes, sur la paroi abdominale; les selles ont diarrhéiques, non sanguinolentes. Le malade continue à maigrir et à ne rien vouloir manger. Sa toux est calmée.

On porte le diagnostic de rétrécissements tuberculeux probablement multiples de l'intestin grêle; la lésion est soupçonnée se trouver en pleine évolution. Une intervention est acceptée.

Le 15 septembre 1904. — Le malade est placé sur le plan incliné; anesthésie légère à l'éther.

Incision médiane sous-ombilicale; les parois sont extrêmement vascularisées. Après ouverture du péritoine, celui-ci se montre absolument normal, sans granulations, sans épaissements. La main se dirige vers la région cæcale et rencontre un bloc énorme, rattaché à la paroi par de fortes adhérences; ce qu'on peut en apercevoir permet de dire que ces adhérences sont consécutives à la première opération; les adhérences tiennent surtout à l'ancienne cicatrice et sont absolument lisses, sans granulations. Il est impossible de reconnaître la longueur d'intestin emprisonnée au milieu d'elles; le cæcum cependant semble reporté plus en dehors et la fin de l'intestin grêle, seule, semble être intéressée.

Pénétrant dans cette masse, une anse grêle apparaît très rétrécie, en un point, par une sorte d'anneau fibreux inextensible, et au-dessus de lui l'intestin est volumineux, congestionné sur une longueur de quinze centimètres environ; sa paroi est épaissie sur quelques centimètres seulement au-

dessus de lui. Plus haut, on peut voir quatre autres rétrécissements échelonnés à quelques centimètres, mais visibles à l'extérieur, grâce à un petit semis de granulations placées sur leur face externe. Au-dessus d'eux, l'intestin n'est ni épaissi, ni dilaté, indice que ces dernières sténoses sont incomplètes. Un examen rapide du reste de l'intestin permet de constater que celui-ci est sans lésion bien manifeste ; le péritoine est intact sur toute sa surface.

Ne sachant pas quelle largeur d'intestin pouvait être comprise dans la masse adhérente à la peau abdominale, et voyant d'autre part que la portion intestinale sus jacente était réduite dans toutes ses dimensions, une anastomose simple est préférée à l'exclusion unilatérale. On pratique l'iléo-sigmoïdostomie, au bouton de Jaboulay ; la recherche de l'S iliaque n'a donné lieu à aucune difficulté, le malade étant placé sur le plan incliné ; l'intestin est anastomosé au-dessus des retrécissements. Fermeture de la paroi à trois plans.

Suites opératoires. Simples ; le malade a eu une réunion au bout de sept jours.

16 septembre. — Une selle diarrhéique ce matin, assez abondante ; matières entièrement liquides, avec débris intestinaux ; pas de sang.

18 septembre. — Le malade s'alimente ; ses douleurs ont cessé complètement : selles diarrhéiques.

21 septembre. — Le bouton anastomotique est rendu ce matin (6^e jour), dans une selle diarrhéique. Le malade s'alimente beaucoup ; il mange de tout, se sent plus fort et se lève.

22 septembre. — Etat satisfaisant ; les selles sont devenues plus consistantes (une par jour),

6 octobre. — Le malade tousse et crache, à la suite d'un coup de froid, dit-il ; on trouve des râles humides au sommet droit. Diarrhée aujourd'hui. L'abdomen est souple, non douloureux ; la tumeur de la fosse iliaque droite est moins volumineuse.

16 octobre. — Malgré l'ingestion de bismuth, la diarrhée

continue; elle est peu abondante, il est vrai, mais ne s'accompagne d'aucune douleur. Le malade pèse cependant 45 kilogs, il a donc augmenté de trois kilogs.

25 octobre. — Les signes pulmonaires s'accusent ; diarrhée. Il ne souffre pas de l'abdomen ; il s'affaiblit.

Mort le 1^{er} décembre 1904.

Autopsie. — L'autopsie fut pratiquée vingt-quatre heures après la mort, sous la direction du professeur Tripier. Les pièces ont été présentées à Société de Chirurgie de Lyon (1^{er} décembre 1904).

L'intestin grêle seul est envahi; l'anastomose a porté à trente centimètres de la valvule de Bauhin. Il existe un rétrécissement très long, allant depuis la valvule jusqu'au point de l'anastomose ; il est irrégulier, tortueux, avec des ulcérations. Depuis l'intervention, les rétrécissements semblent s'être fusionnés et les lésions paraissent avoir remonté le long de l'intestin grêle jusqu'au niveau de l'anastomose. Audessous de cette dernière, on trouve des ulcérations intestinales bien développées, les unes circulaires et totales, les autres au niveau des plaques de Peyer dont elles ont conservé la forme. Ganglions mésentériques très volumineux.

On trouve des ulcérations superficielles au niveau du pylore et même sur la face interne de l'estomac. Le gros intestin est indemne : la valvule de Bauhin a formé une barrière à l'infection tuberculeuse qui s'arrête exactement au niveau du versant cæcal.

Au niveau de l'anastomose, sur l'S iliaque, on voit une petite ulcération d'ordre mécanique ou tuberculeux.

Lésions pulmonaires avancées ; cavernes au sommet droit.

OBSERVATION X

(Publiée par MM. Bérard et Patel in Lyon médical 1905)

Tuberculose iléo-cæcale. — Forme ulcéreuse progressive. — Signes de sténose. — Exclusion unilatérale avec abouchement iléo-colique (à la fin du côlon descendant).

C. C , âgée de 26 ans, lingère, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Catherine, service de M. Bérard, le 25 août 1905, avec le diagnostic de colique appendiculaire.

Dans ses antécédents héréditaires on note les faits suivants : son père est mort de bacillose pulmonaire, la mère est morte d'une affection abdominale de nature indéterminée. Un frère mort à l'âge de 26 ans de bacillose pulmonaire.

Personnellement la malade a eu une scarlatine dans l'enfance ; elle a eu différents maux d'yeux et d'oreilles. Réglée à 13 ans et demi, jamais très régulièrement. Anémie très prononcée à la puberté.

Il y a un an la malade a eu un vomissement de sang qui a été mis sur le compte d'une lésion stomacale. La malade dit avoir toujours été très faible ; elle s'enrhume très facilement, tousse souvent depuis deux ans. Aujourd'hui elle se plaint de souffrir principalement dans la fosse iliaque droite ; elle a ressenti, à ce niveau, il y a quinze jours, une douleur violente, subite, accompagnée de vomissements alimentaires et bilieux coïncidant avec un météorisme abdominal prononcé : des cataplasmes chauds, appliqués régulièrement pendant trois jours calmèrent un peu les souffrances ; celles-ci se montraient à intervalles irréguliers, sous forme de coliques douloureuses. Les vomissements ont disparu ; il persiste une constipation opiniâtre. La malade a un faciès légèrement amaigri, le teint est blanc ; les yeux sont excavés, le corps est menu.

L'examen de l'abdomen ne montre pas de ballonnement. Au niveau de la fosse iliaque droite, la palpation permet de sentir une masse dure, sorte d'empatement profond, douloureux à la pression. Il s'agit à n'en pas douter, de la région iléo-cæcale ; la tuméfaction n'est pas mobile. A son voisinage on obtenait un clapotage manifeste. On arrive alors à reproduire une colique douloureuse, caractérisée par un météorisme généralisé peu marqué, pas de bruits musicaux ; le péristaltisme existe à ce moment, mais peu marqué.

Le toucher vaginal est négatif.

La malade n'a pas de lésions pulmonaires manifestes. Pas d'albumine. La température est de 37°3 le matin, 37°4 le soir.

La malade est mise au repos absolu ; de la glace est appliquée sur l'abdomen ; les douleurs persistent. La tuméfaction ne diminue pas.

Intervention le 31 août 1905 (M. Patel). Laparotomie sur le bord externe du grand droit. Après ouverture du péritoine, on aperçoit, très nettement, plaqués contre la paroi postérieure de l'abdomen, le cæcum et la terminaison de l'intestin grêle, agglomérés. Un fin semis de granulations est aperçu sur leur surface extérieure. Le cæcum est dur, immobile ; Ce mésentère est infiltré, sans ganglions à son intérieur. En raison de l'état général plutôt précaire de la malade, et surtout de la fixité absolue de la région malade, on renonce à une extirpation. Repérant exactement l'intestin grêle et le cæcum, on sectionne le premier à vingt centimètres de la valvule de Bauhin, en plein tissu sain. On ferme le bout regardant le cæcum et on abouche l'intestin grêle dans la partie terminale du côlon descendant. Les deux anses intestinales sont rapprochées avec la plus grande facilité ; l'anastomose est faite au bouton de Jaboulay. Fermeture de la paroi à trois plans.

Suites immédiates. — La malade n'eut aucune réaction péritonéale bien nette, sauf les deux premiers jours, où elle ressentit quelques légers élancements, vite calmés par la morphine. Dès le troisième jour, les douleurs cessaient pour ne plus reparaitre. Il n'y eut à aucun moment d'élévation thermique.

Le 8 octobre 1905. — La malade est en très bon état ; la circulation intestinale se fait bien, il n'y a pas de diarrhée ; l'appétit et les forces sont revenues. La tuméfaction iliaque a déjà diminué considérablement, tout permet d'espérer que le résultat sera bon.

Le 15 décembre 1905, une seconde intervention fut pratiquée par M. Bérard, dans le but d'extirper la lésion que l'on supposait devoir exister encore, étant donné les douleurs accusées par la malade dans la région cœcale et la rénitence profonde à ce niveau. Elle permit de constater la disparition des lésions tuberculeuses ; on sectionna quelques brides cicatricielles et on enleva l'appendice, un peu gros, qui ne présentait que des lésions d'inflammation simple.

L'histoire ultérieure de la malade est des plus intéressantes : elle devint enceinte, presque de suite après sa première opération ; le début de la grossesse fut un peu pénible ; la seconde opération fut faite au deuxième mois de la gestation. L'enfant vint à terme cependant ; l'accouchement eut lieu dans de bonnes conditions, le 15 juillet 1906. La malade a allaité elle-même son enfant : elle a même été prise, à la nourricerie de Longchêne, pour nourrir encore un autre enfant de tuberculeuse.

Avril 1907. — Actuellement l'état général est des meilleurs, il n'y a aucune lésion pulmonaire. Localement, la digestion est très bonne et s'effectue sans difficulté. A noter ce fait qu'il n'y a pas de diarrhée, ce qui tient à ce que l'anastomose a été pratiquée haut sur l'S iliaque, et qu'il ne persiste plus de lésions d'entérite tuberculeuse.

Juillet 1908. — L'état de la malade est resté excellent : elle a été récemment présentée à la Société de Chirurgie de Lyon. La guérison anatomique et fonctionnelle est donc complète.

OBSERVATION XI

(Publiée par MM. Bérard et Patel in Lyon Médical 1904, puis la fin in Bulletin Soc. chir. de Lyon, avril 1907.)

Poussée de granulie péritonéale ; tuberculose entéro-péritonéale secondaire. — Première intervention (4 novembre 1903). Laparotomie simple. Symphyse viscéro-viscérale et viscéro-pariétale. — Deuxième intervention (18 avril 1904). Libération d'un long segment d'intestin grêle, rétréci en plusieurs points et tordu sur son axe. — Troisième intervention (12 février 1906.) Cure de l'éventration. Constatation anatomique de la guérison.

D. C..., âgée de 21 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Pierre, le 1^{er} novembre 1903, service du professeur Jaboulay. Elle vient du service de M. Roque, où elle fut traitée sans résultats pour des troubles abdominaux.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Dans les antécédents personnels on relève une rougeole, une scarlatine et des bronchites à répétition.

Début de l'affection actuelle il y a plusieurs années. Elle entre à l'hôpital en septembre 1903 pour une crise aiguë et elle est traitée sans grand résultat. A l'entrée dans le service de M. le professeur Jaboulay, on constate une tuméfaction occupant la moitié de l'abdomen, avec matité en damier et frottements péritonéaux très nets.

Intervention le 4 novembre 1903 (M. Jaboulay). Laparotomie médiane sous-ombilicale : les anses intestinales sous-jacentes à la paroi sont agglutinées entre elles et avec la paroi ; granulations sur la surface péritonéale. Aucune exploration ; aucune manœuvre de libération n'est pratiquée. Fermeture de la plaie.

Les suites opératoires furent des plus simples du côté de l'intervention abdominale.

Renvoyée dans le service de M. Roque, elle y demeura jusqu'au 7 mars 1904 : on vit pendant le mois de février la tumeur disparaître de temps en temps ; la malade se trouvait mieux, allait plus régulièrement à la selle. Mais à la maison de convalescence de la Croix-Rousse où elle fut envoyée, la malade vit augmenter beaucoup la tuméfaction, et elle entre salle Saint-Pierre dans le service de M. Jaboulay, supplée par M. Bérard, le 18 avril 1904. On constate de chaque côté de la cicatrice un œdème et bridée par elle, une tumeur à contour imprécis, adhérente à la paroi, dure. Pas de péristaltisme. Quelques lésions pulmonaires. Les autres organes sont sains.

Deuxième intervention le 20 avril 1904. Incision au niveau de l'ancienne cicatrice ; on détache avec beaucoup de peine, une masse inflammatoire adhérente à la paroi. On découvre tout d'abord un rideau épiploïque infiltré de tuberculose, et à son intérieur, une anse intestinale, dont on peut dérouler péniblement en s'aidant des ciseaux, une longueur de quarante centimètres, mais que des brides, très adhérentes, blanchâtres, ne saignant pas, très dures, peletonnent en tous sens. Ces brides forment comme autant de bagues circulaires, qui s'incrustent dans la paroi intestinale. On dirait que l'intestin forme un chaquet à gros grains enfoui dans une gangue de tissu épais, mou par place, dur en d'autres points, semé de tuberculose. Ailleurs l'anse intestinale est coudée et tordue sur son axe, et sur la paroi épaissie se dessinent des tubercules guéris. Après section des brides on peut libérer l'anse intestinale, en sculptant les anneaux fibreux qui englobent ses parois, et faire l'enfouissement de larges surfaces dénudées au niveau desquelles la tunique musculaire de l'intestin est rétractée et semée de granulations. On découvre ailleurs, surtout dans le petit bassin, et même au niveau du péritoine sus-ombilical d'autres adhérences semblables qui masquent les organes génitaux et qui sont tellement nombreuses et épaisses que l'on ne poursuit pas la libération. Il s'agit de tuberculose entéro-péritonéale, avec rétrécissements bacillaires

fibreux multiples, dont quelques-uns seulement ont pu être sectionnés.

Suites opératoires très simples et vingt jours après la malade partait en convalescence à la Croix-Rousse.

Elle peut reprendre son travail de domestique au bout de deux mois.

Mais elle vient à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 26 janvier 1906, pour une large éventration. A l'examen, on constate que l'abdomen est souple, indolore, sans péristaltisme.

L'état général est bon. Il n'y a pas de lésions pulmonaires.

Troisième intervention le 12 février 1906 (M. Bérard). On fait la cure de l'éventration. A l'ouverture du péritoine, on constate que les anses intestinales sont reliées à la paroi par des brides faibles; après leur libération, on voit que l'intestin est redevenu à peu près normal; il n'est pas dépoli, à peine un peu plus congestionné que normalement. On retrouve çà et là de petits tubercules, jaunâtres, durs, presque crétacés.

Il n'y a aucun rétrécissement ou vice de position de l'intestin, dont le calibre paraît uniforme.

La guérison des lésions pulmonaires est donc complète, aussi bien pour l'intestin que pour le péritoine.

La malade, à l'heure actuelle, est complètement guérie; elle n'a aucun trouble intestinal, et son état général est aussi satisfaisant que possible (juillet 1908).

OBSERVATION XII

(Publiée par MM. Bérard et Patel in Lyon Médical 1906)

Péritonite bacillaire datant de l'âge de 16 ans; ancienne appendicite.

Poussées appendiculaires datant de vingt-cinq jours; gâteau péritonéal dans la fosse iliaque droite. Laparotomie le 30 avril 1906. Entéro-péritonite bacillaire. Anastomose iléo-colique transverse au bouton.

B. C. âgé de 24 ans, mécanicien, entre le 27 août 1906 dans le service du Professeur Poncet, suppléé par M. Bérard, pour une appendicite chronique.

Antécédents héréditaires. Père, âgé de 70 ans, bien portant. Mère, âgée de 63 ans, bien portante. Une sœur bien portante. Un frère mort à 18 mois.

Antécédents personnels. Aucune maladie dans la première enfance; à l'âge de 16 ans, affection péritonéale mal déterminée, localisée surtout dans l'hypochondre droit. Le ventre était gros, volumineux, distendu, mais il n'y eut jamais de vomissements.

Le médecin traitant fit des pointes de feu dont on retrouve les cicatrices. On ne peut préciser s'il s'agit d'une poussée de péritonite bacillaire, ce qui est bien probable ou d'une appendicite. Quoi qu'il en soit il en guérit bien.

Conjonctivite il y a dix-huit mois. Trois ans de service à Belfort.

Du 20 septembre 1905 jusqu'au 10 octobre 1905, il entra à l'hôpital pour une courbature fébrile: coliques et ventre gros et ballonné. Vomissements. Douleurs à droite dans la région appendiculaire. Traité par des purgatifs. On fit le diagnostic de périto-

nite tuberculeuse et il fut réformé ; il sortit de l'hôpital avec une anémie assez intense.

Depuis cette époque il eut fréquemment des coliques, de mauvaises digestions ; crises tous les huit jours. Pas de vomissements, mais des gargouillements et des bruits musicaux ; amaigrissement de plusieurs kilogs et faiblesse générale.

Le malade ne pouvant se remettre alla consulter un docteur qui l'adressa à M. Bérard.

A l'entrée on trouve un ventre un peu en bateau, souple dans toute la moitié gauche, non douloureux.

A droite empatement dans la région cœcale et appendiculaire ; gâteau assez bien délimité. Au toucher rectal un peu d'empatement à droite. Quelque gêne pour uriner. Pas de constipation.

Langue rose, bonne, non chargée.

Température 37°, 5.

Rien dans les urines ; ni sucre, ni albumine. Pas de bronchite actuellement. Doigts hippocratiques, ongles bombés et violacés.

30 Avril 1903. — Laparotomie latérale droite. (M. Bérard). On tombe sur un gâteau, péritonéal et des anses grêles agglutinées, pas de larges lames fibrineuses. On décolle lentement et prudemment ces anses dont quelques-unes sont étranglées par de véritables anneaux fibreux ; puis après avoir réparé les brèches faites au péritoine viscéral, on va à la recherche d'une anse grêle saine. Une bride passant en écharpe sur l'intestin grêle est sectionnée. L'incision est agrandie en dedans et en haut, de façon à trouver le côlon transverse ; celui-ci est vide et rétracté.

Anastomose iléo-colique transverse au bouton de Jaboulay : quelques points de catgut périphériques le consolident.

Suites opératoires. — Le malade n'a pas dépassé 38° de température ; il ne souffre plus du ventre ; il n'a pas eu de vomissement. L'état général s'est relevé progressivement ; on fait trois injections d'hémoplasie du 10 au 27 mai. L'appétit revient ; le malade quitte l'hôpital vers la fin de mai dans un état tout à fait satisfaisant.

Le malade vient de nous écrire (novembre 1908) que son état local est toujours satisfaisant ; il ne souffre plus et digère normalement, sans diarrhée. Donc, guérison parfaite.

OBSERVATION XIII

(Publiée par MM. Bérard et Patel in Lyon Médical 1905.)

Tuberculose entéro-péritonéale. — Retrecissement du tiers inférieur de l'intestin grêle. — Syndrome de Kœnig. — Granulations péritonéales diffuses. — Entéro-anastomose. — Amélioration notable. (Résumée).

S..., âgée de 44 ans, entre dans le service de M. Bérard, salle Sainte-Catherine, à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 12 avril 1905, pour des troubles abdominaux remontant à plus de deux ans. Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Depuis deux ans, elle se plaint de souffrir du ventre; c'étaient au début de véritables coliques avec vomissements et diarrhée, qui s'accroissaient il y a un an. Depuis les coliques devinrent plus fréquentes, tous les huit ou quinze jours, occupant la ligne médiane de l'abdomen.

A l'entrée, la malade a un faciès tiré, amaigri. Elle insiste surtout sur ses coliques qui sont très pénibles. En la faisant préciser, on arrive à reconstituer un syndrome de Kœnig très net.

A l'examen, on constate du péristaltisme avec un peu de météorisme.

On constate au sommet droit une légère augmentation des vibrations thoraciques; quelques sibilances aux deux sommets.

On porte le diagnostic de sténose de l'intestin grêle, et on admet la tuberculose à l'origine de la lésion; on pense aussi que la sténose siège dans le tiers inférieur de l'intestin grêle, étant données l'intensité du péristaltisme et sa direction vers le flanc droit.

Intervention le 14 avril 1905 (M. Bérard). — Anesthésie. Examinée à ce moment, la malade présente un abdomen un peu moins météorisé que les jours précédents (elle a été purgée la veille). On note, à gauche de l'ombilic, une zone un peu plus résistante. La palpation ne révèle rien.

Laparotomie sous-ombilicale, en position inclinée. On voit un côlon transverse très abaissé, présentant sur sa face extérieure de petites granulations nettement tuberculeuses. Le grand épiploon est également couvert de semblables granulations.

L'intestin grêle est exploré facilement; on rencontre presque aussitôt une anse distendue, épaissie, qui adhère fortement dans la profondeur; on est conduit aussitôt vers le fond de l'utérus; les adhérences sont très solides, et il est impossible de songer à les libérer. Le calibre de l'intestin grêle est considérablement réduit à ce niveau; sa paroi propre est très épaissie; le rétrécissement est très serré et n'admet pas l'extrémité de l'index. Au-dessus, l'anse intestinale est distendue; ses tuniques sont épaisses, cartonnées, sur une hauteur de plus de quinze centimètres; au-dessous, l'anse est amincie, aplatie.

En raison des lésions péritonéales concomitantes, on ne songe pas à une opération radicale. Une entéro-anastomose à la suture est pratiquée entre les deux segments intestinaux, de part et d'autre du rétrécissement.

Au cours de l'intervention, extirpation d'un gros kyste de l'ovaire gauche. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires. — Après son intervention, la malade a eu une recrudescence de ses phénomènes pulmonaires: dyspnée, expectoration; pas de température. Les fils ont été enlevés au dixième jour. Pas d'incident abdominal.

Revue le 7 juin, c'est-à-dire près de deux mois après l'opération, on constate que les troubles abdominaux ont cessé: la malade n'a pas eu de coliques; ses digestions sont faciles, sans diarrhée: le ventre n'est pas météorisé; la palpation ne révèle rien, ainsi que le toucher vaginal. Il existe seulement un peu de pesanteur épigastrique. Les lésions pulmonaires, par contre, semblent évoluer; la toux est plus fréquente, les crachats sont abon-

dants, les sommets plus infiltrés. Néanmoins, l'état est meilleur au point de vue général et même au point de vue local ; la malade a repris de l'embonpoint.

Avril 1907. — Les lésions pulmonaires semblent avoir totalement disparu. La malade vient de subir une nouvelle opération pour la cure d'une éventration un peu douloureuse. La laparotomie a permis de constater la disparition presque totale des lésions tuberculeuses, sur le péritoine ; quelques brides existaient encore, fixant les anses anastomosées à la paroi abdominale et coudant un peu l'intestin. Elles furent sectionnées.

Depuis, l'état général est parfait. Localement, le résultat est non moins bon ; les troubles digestifs ont totalement disparu.

Novembre 1907. — La malade a pris subitement une poussée de granulie généralisée au poumon et au péritoine, à la suite de laquelle elle est décédée.

OBSERVATION XIV

(Inédite. Due à l'obligeance de M. Bérard)

Péritonite tuberculeuse à forme plastique de la région iléo-cæcale. Persistance sur la terminaison de l'iléon et sur l'angle iléo-cæcal de brides qui déterminent des accidents d'obstruction.

F.-B., ménagère. âgée de 27 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, le 12 novembre 1903 pour des crises appendiculaires.

Père mort de bacilliose. 7 frères ou sœurs morts en bas âge.

Toute jeune, elle a eu des bronchites prolongées; elle s'enrhume encore actuellement très facilement; mais pas d'hémoptysie, ni d'expectoration.

Il y huit ans, elle fut soignée dans le service des 4^e femmes, pour péritonite sans doute tuberculeuse: elle présentait alors des crises de diarrhée, des vomissements, de l'ascite; elle fut traitée par des pointes de feu sur le ventre.

Il y a deux ans, elle aurait eu des crises appendiculaires peu intenses.

La dernière a eu lieu il y a quatre semaines et a duré cinq jours; vomissements, douleur dans la fosse iliaque droite, sans température (37°7), constipation. Actuellement la malade ne souffre plus; elle présente encore un peu de constipation.

Douleur peu nette au point d'élection à la palpation profonde, sans plastron circonscrit, mais avec sensation d'une résistance profonde très grande; la paroi est d'ailleurs très épaisse et très grasseuse.

Rien au toucher vaginal ou rectal: utérus attiré en masse à droite, et fixé.

Rien au cœur. — Sommet droit douteux.

Intervention le 2 décembre 1908. (M. Bérard). Après une incision de Jalaguier, on trouve des adhérences et des brides dans la région iléo-cæcale, avec prédominance marquée au niveau de la fin de l'iléon dont la paroi est épaissie. On observe surtout, des brides glutineuses qu'il faut disséquer au doigt en libérant une longueur de 25 à 30 centimètres d'intestin grêle. On trouve un ou deux tubercules jaunâtres visibles sur la paroi de l'intestin. L'appendice lui-même est fixé au cæcum par quelques adhérences. Il est extirpé. Enfouissement du moignon; suture de la paroi. Drainage.

10 décembre. — Le drain avait été enlevé au bout de quatre jours. On l'a remplacé à cause d'une lésion inflammatoire de la paroi.

CHAPITRE IV

Discussion des Observations

Ces observations peuvent se répartir en trois groupes : le premier comprend les malades atteints de rétrécissements simples ou multiples de l'intestin grêle (obs. de 1 à 6); on peut lui rattacher les observations 6 et 7 relatives à des malades présentant des signes de sténose dûs à un état de spasme de la musculature intestinale. Le second groupe (8, 9, 10) se rapporte à la forme ulcéreuse progressive, accompagnée de signes de sténose. Le dernier, enfin, (obs. 11, 12, 13, 14) a trait à des cas de tuberculose entéro-péritonéale.

De même les interventions pratiquées peuvent être ramenées à 3.

La laparotomie : 5 fois : dans un cas pour rétrécissements multiples (obs. 2), dans les deux suivants pour spasme de l'intestin (obs. 6 et 7), et enfin dans les derniers pour une forme entéro-péritonéale (obs. 11 et 14).

L'exclusion unilatérale a été pratiquée une seule

fois, dans un cas de forme ulcéreuse progressive (obs. 10), avec anastomose entre l'iléon et la portion inférieure du côlon descendant.

Tous les autres malades ont subi une entéro-anastomose. Cette opération a donc été pratiquée à elle seule plus que toutes les autres réunies.

Quels sont les résultats généraux de ces diverses interventions ? Nous voyons que sur les 14 malades opérés, 9 sont encore actuellement en bonne santé, et 4 seulement sont morts ; parmi ceux-ci deux ont présenté les signes d'une guérison complète pendant quelque temps après l'opération, et les deux derniers sont morts après un espace de temps variant entre deux et trois mois.

Voyons maintenant quels sont les détails importants présentés par ces malades au point de vue des résultats, et essayons de tirer de cette étude quelques notions sur les indications opératoires des diverses interventions et sur ce que l'on peut en attendre.

Nous constatons d'abord que parmi ces diverses observations, pas une ne nous a présenté de mortalité opératoire, à proprement parler. Si un certain nombre de malades ont succombé, aucun n'est mort des suites de l'opération. De plus, l'intervention elle-même n'a jamais amené de phénomènes graves, qui lui soient directement imputables. Si quelques auteurs, MM. Ito et Asahara (1 cas) par exemple, rapportent des cas de décès dans les heures suivant l'opération, nous n'en avons pas constaté. Il est vrai de dire cependant que la malade dont ils citent l'observation présentait 4 rétrécissements étagés, très

serrés et que l'on pratiqua une résection de 91 centimètres d'intestin chez un sujet déjà très affaibli ; on cite cependant des cas où la résection comprenait une plus grande longueur d'intestin et où la guérison se produisit.

Si nous étudions les résultats immédiats de chaque intervention, nous constatons qu'ils ont été excellents dans presque tous les cas. En effet, presque immédiatement ont cessé les phénomènes douloureux ; les digestions sont redevenues faciles, et n'ont plus été troublées par les accès si pénibles éprouvés par le malade auparavant. Il a pu s'alimenter et chacun d'entre eux a engraisé dans des proportions notables durant les semaines suivantes ; l'opération a donc supprimé les phénomènes mécaniques de sténose.

Maintenant il convient de voir ce que sont devenus tous ces opérés, 6 mois et plus après l'intervention, quel bénéfice éloigné ils en ont retiré.

Le malade de l'observation 1 opéré en juillet 1903 pour rétrécissements multiples supprimant la possibilité de toute alimentation, et qui subit une entéro-anastomose, nous a déclaré « être absolument enchanté du résultat » ; en effet, il présentait des signes de sténose très accusée qui ont immédiatement cédé à l'opération et qui ne se sont pas reproduits. Ce malade offre un autre intérêt : avant que l'on ne l'opère, il présentait à la fin de ses accès douloureux des bruits musicaux très intenses à l'intérieur de l'abdomen. Ces bruits que le malade comparait alors au glou-glou d'une bouteille qui

se vide, et que l'on a attribués au passage des matières liquéfiées au travers des anses intestinales rétrécies, ont persisté après l'opération, mais moins violents. Ce fait indique donc que le cours des matières s'est rétabli partiellement dans l'anse laissée de côté par l'entéro-anastomose. Le malade cependant peut actuellement manger de tout, sans présenter aucun accident; il présente un état général excellent qui est d'ailleurs affirmé par ce fait qu'il accomplit sa deuxième année de service militaire, sans avoir jamais eu l'occasion d'aller à la visite pour des douleurs abdominales.

L'observation 2 se rapporte à un cas de sténoses multiples chez un enfant. Les lésions ont paru si avancées qu'aucune intervention ne fut ajoutée à la laparotomie, et cependant celle-ci a suffi à guérir la petite malade définitivement, semble-t-il: (l'opération date actuellement de cinq ans et demi). Ces cas semblent d'ailleurs plus fréquents qu'on ne pense, car beaucoup ne sont pas diagnostiqués, et sont étiquetés péritonite tuberculeuse. Il est à remarquer què, particulièrement chez l'enfant, la laparotomie seule peut donner de bons résultats et même déterminer une rétrocession des lésions ne nécessitant pas plus tard une cure radicale.

Les observations 3, 4 et 5 ont trait à des malades dont l'histoire et le mode de traitement employé peuvent être superposés. En effet, il s'agissait dans les trois cas de lésions sténosantes de la fin de l'iléon, pour lesquelles on a anastomosé l'intestin grêle avec le côlon. Le cæcum étant atteint, on a pensé qu'il

valait mieux faire porter l'anastomose le plus bas possible sur le gros intestin pour éviter complètement le reflux des matières et mettre plus sûrement les lésions au repos. Or, ces observations, et particulièrement l'une d'entre elles (3), montrent avec évidence que l'abouchement de l'iléon très bas sur le gros intestin, et même au niveau de l'S iliaque, ne détermine pas de troubles fonctionnels; il n'y a pas de diarrhée, en effet, comme l'on pourrait s'y attendre, en sachant que le cæcum et le côlon sont chargés de diminuer la fluidité des matières. Lorsque, après une semblable anastomose existe une diarrhée persistante, on peut donc dire qu'il y a une entérite surajoutée aux lésions sténosantes, d'où aggravation du pronostic. Cependant la malade de l'observation 4 a été traitée d'une manière un peu spéciale. On lui a fait, en réalité, une exclusion unilatérale de toute sa région iléo-cæcale, qui semble d'ailleurs avoir donné elle aussi un excellent résultat.

Les observations 6 et 7 se rapportent à des cas un peu particuliers qui doivent cependant être assez fréquents; au niveau d'une ulcération se produisent des phénomènes de sténose fonctionnelle. Le mécanisme de cette occlusion, quoique étudié par de nombreux auteurs, n'est pas encore élucidé entièrement, de même d'ailleurs que le rôle joué par l'intervention. En effet, dans les deux cas que nous rapportons, la laparotomie a semblé donner d'excellents résultats. La malade de l'observation 7 n'a pas semblé en retirer de gros bénéfices dans les débuts, puisque l'on a songé un moment à pratiquer une

nouvelle intervention, mais petit à petit les symptômes se sont amendés, de telle sorte que maintenant l'état général est des plus satisfaisants et la guérison complète. Dans le deuxième cas (obs. 6), l'amélioration s'est faite sentir dès le lendemain de l'opération, et bien que le résultat ne date actuellement que de trois mois, il semble bien que la guérison soit complète. La malade a vu cesser les crises douloureuses qui suivaient chacun de ses repas et présente maintenant des digestions normales. On voit donc que dans ces cas de sténoses fonctionnelles, sans rétrécissement anatomique, la laparotomie peut avoir une action efficace, qui peut durer pendant plusieurs années.

Dans les trois observations suivantes (obs. 8, 9, 10), il s'agit d'une tuberculose en évolution de l'intestin grêle. Or, cette forme ulcéreuse est celle où le traitement chirurgical donne les moins bons résultats : sur les trois malades qui sont groupés ici, deux sont morts moins de trois mois après l'intervention, et un seul a survécu (10).

Dans les deux premiers cas, il s'agit de malades ayant des antécédents tuberculeux ; ils présentent des signes de sténose intestinale, mais ils ont aussi des symptômes de tuberculose du poumon. Ils sont tous deux très affaiblis et présentent de la diarrhée à leur entrée à l'hôpital ; l'opération enfin fait constater l'existence de lésions à la fois sur l'iléon et sur le cæcum, ce qui est l'indice d'une tuberculose en évolution, et à marche progressive ; contre un processus aussi diffus, une seule intervention peut être

tentée, l'entéro-anastomose. Or bien que les portions lésées aient été mises au repos, la diarrhée n'en persiste pas moins. L'opération a bien supprimé tous les signes de sténose concomitants, mais elle n'a rien pu faire contre les lésions d'entérite; aussi après une courte période pendant laquelle l'état généraux s'améliore, voit-on de nouveau le malade s'affaiblir et succomber après deux ou trois mois aux progrès des lésions pulmonaires, sans que la diarrhée ait cessé. D'ailleurs, l'autopsie pratiquée dans un des cas a démontré la grande diffusion des lésions et leur tendance à l'envahissement, puisqu'elles avaient gagné le point sur lequel avait porté l'anastomose, et alors on se rend bien compte qu'aucune opération ne pouvait être efficace. On peut donc conclure en disant que si les interventions ne semblent pas améliorer une tuberculose pulmonaire évoluant parallèlement à une tuberculose intestinale, en favorisant le relèvement des forces de l'organisme par une assimilation meilleure, il faut en chercher la cause, dans les deux cas rapportés, dans le degré trop avancé des lésions et dans leur peu de tendance à la cicatrisation. L'opération ne semble pas avoir influencé la maladie intestinale, soit en mal, soit en bien, à part la suppression des phénomènes mécaniques de sténose.

Cependant la troisième malade, atteinte également de cette forme ulcéreuse progressive, a guéri. Peut-être ce résultat excellent est-il dû à ce que l'on a pu utiliser une intervention différente, l'état général n'étant pas trop mauvais. On a pratiqué, en effet, une exclusion unilatérale, accompagnée d'abouche-

ment de l'ileon dans la partie terminale du côlon descendant. De cette façon, les lésions ont été mises au repos absolu, plus complètement que par une entéro-anastomose simple qui permet toujours à une certaine partie des matières de suivre leur cours normal. La guérison est complète, car elle a été constatée anatomiquement au cours d'une intervention ultérieure pratiquée dans le but d'extirper la lésion. Depuis elle s'est maintenue, sans douleurs et sans diarrhée, bien que l'anastomose ait été faite au niveau de l'anse sigmoïde.

Enfin les quatre dernières observations ont trait à la forme entéro-péritonéale. Dans deux cas on a observé la guérison complète et définitive, semble-t-il, dans le troisième la malade est morte de granulie généralisée et dans le dernier l'intervention est encore trop récente pour qu'on puisse juger du résultat définitif. Ces divers cas présentent tous une évolution commune : au début, une poussée péritonéale, à laquelle ont succédé des phénomènes de sténose intestinale, avec à l'intervention des lésions du péritoine, supprimant toute possibilité d'une cure radicale. Aussi relevons-nous deux laparotomies simples, suivies de la simple section de brides, faite immédiatement dans l'un des cas (obs. 14), au cours d'une deuxième opération dans le second (obs. 11), et deux entéro-anastomoses. Les deux premiers malades (11 et 12) ont parfaitement guéri et la troisième, après un retour des fonctions digestives à l'état normal, est morte presque brusquement, six mois après la cure d'une éventration, à

la suite d'une poussée de granulie généralisée au poumon et au péritoine. Dans cette observation on doit remarquer la disparition des symptômes qui avaient été perçus au niveau du poumon droit. Erdheim l'a souvent mentionnée, et a dit que les vrais tuberculeux pulmonaires ne vivaient pas la durée qu'exige la formation d'une sténose intestinale. Donc, l'existence des sommets ne constitue pas dans tous les cas une contre-indication opératoire. Quant à la granulie qui a emporté la malade, elle s'est produite plus de six mois après la dernière opération pratiquée et ne peut donc lui être imputable. Comme tous les sujets qui présentent quelque part dans leur organisme un point tuberculeux, elle était exposée, de par ses lésions mêmes, à une telle complication, qui semble donc absolument indépendante des opérations pratiquées.

En résumé, nous voyons donc que le choix du mode opératoire ne saurait être imposé d'avance ; il dépend de l'état de résistance générale du sujet et des conditions locales révélées par la laparotomie.

La résection doit passer pour l'intervention la plus complète et la plus rationnelle, mais chez un sujet très affaibli, les dangers ne sauraient en être méconnus. Elle nécessite des conditions qui sont rarement réunies : la mobilité de l'intestin, l'intégrité du péritoine et la localisation des lésions ; aussi lui préfère-t-on le plus souvent l'entéro-anastomose qui, moins grave comme opération, permet cependant très souvent une guérison complète.

L'exclusion unilatérale est plus spécialement ap-

plicable aux cas de tuberculose iléo-cæcale, avec abouchement de l'iléon soit dans le côlon transverse, soit mieux dans le côlon descendant.

L'entéro anastomose enfin est l'intervention la plus souvent utilisée, car elle s'applique au plus grand nombre de cas. Ce n'est qu'une opération palliative, mais elle permet lorsque les lésions sont très étendues, d'obvier aux signes de sténose. Après avoir fait cesser, et d'ordinaire brusquement, les accidents fonctionnels, elle remet le malade dans un état général qui lui permet, en somme, s'il en est temps encore, de triompher du mal et de guérir de sa tuberculose locale. Elle laisse les portions malades au repos, et grâce à sa simplicité et au peu de dégâts qu'elle nécessite, elle permet d'éviter le plus souvent la généralisation tuberculeuse toujours possible. Enfin elle présente le dernier avantage, lorsque les symptômes aigus ont été éliminés, de pouvoir être suivie d'une intervention radicale, l'entérectomie, par exemple. Large et bien conduite, c'est donc une opération excellente, applicable à la plupart des cas, qui réserve l'avenir, tout en supprimant les symptômes présents, si l'on craint une trop longue durée pour une seule intervention.

Quand faudra-t-il opérer? Dès que le diagnostic sera suffisamment certain et précis, car en attendant plus longtemps, on s'exposerait à trouver des lésions avancées qui pourraient obliger le chirurgien à se limiter; enfin ne pas attendre que l'état général soit devenu trop mauvais, car plus le malade est faible, plus l'opération est grave.

CONCLUSIONS

- I. — Le traitement chirurgical des tuberculoses de l'intestin grêle ne comporte pas de règles absolues. On devra choisir suivant les cas, entre l'entérectomie, qui est rarement nécessaire, et seulement indiquée pour des lésions très limitées, — l'entéro-anastomose ou l'exclusion unilatérale, le plus souvent pratiquées, — et même la simple laparotomie qui peut, pour des lésions trop diffuses, ou au contraire superficielles et tout à fait au début, procurer des améliorations et des guérisons surprenantes.

II. — Nos observations, toutes recueillies dans la pratique d'un même chirurgien, nous présentent neuf guérisons sur quatorze cas. Elles comprennent :

5 laparotomies simples avec 5 guérisons.

7 entéro-anastomoses avec 3 morts.

1 exclusion unilatérale avec guérison.

1 seule entérectomie secondaire à une entéro-anastomose, suivie de mort tardive.

III. — Les malades, revus après plusieurs mois, certains d'entre eux après plusieurs années, ont retrouvé des digestions normales, avec une atténuation extrême ou une cessation complète des phénomènes de sténose. De plus, même dans le cas d'entéro-anastomose bas placée, ils ne présentent pas de diarrhée, lorsque n'existe pas d'entérite surajoutée ou persistante.

IV. — Les cas les moins favorables sont fournis par la forme ulcéreuse progressive, qui peut guérir cependant à la suite d'une intervention, mais qui le plus souvent continue à évoluer et entraîne la mort du malade à la fois par les lésions intestinales et par les lésions pulmonaires, ou par d'autres localisations viscérales.

V. — Dans aucun cas, ces complications viscérales n'ont paru déchainées ou simplement hâtées dans leur apparition par l'intervention chirurgicale.

VI. — Naturellement, au traitement local doivent toujours être associés les stimulants de l'état général : suralimentation dès qu'on le pourra, cure de repos au grand air, insolation directe de l'abdomen, etc.

Le Président de la Thèse,

A. PONCET.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 24 décembre 1908.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- AMMER W. — Inaug. Dissertation, Kiel 1902.
- ARNAUD. — Double entérectomie pour ulcérations tuberculeuses sténosantes multiples de l'intestin grêle et du cæcum. *Lyon méd.* CIV p. 1298-1300.
- BAILLY. — De l'invagination dans la tuberculose intestinale. *Th. de Lyon* 1904-05.
- BARD. — *Semaine médicale* 1903. Les phénomènes de sténose dans les ulcérations tub. de l'intestin, page 245.
- BARDY H. — *Die tuberculösen Darmstenosen. Finska läkarsällskapets Handlingen* (1906 n° 10. *Aus der Chir. Klinik zu Helsingfors.*)
- BERGER. — Société de chirurgie, 24 novembre 1906, p. 841.
- BÉRARD ET LÉRICHE. — Sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle de l'enfant. *Revue de chirurgie*, août-sept. 1904.
- BÉRARD ET MOURIQUAND. — Tuberculose entéro-péritonéale du segment iléocaecal ; péritonite tuberculeuse herniaire ; secondaires à une tuberculose ancienne du grand péritoine. *Lyon méd.* 1906 p. 277.

- BÉRARD ET PATEL. — Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale. Encyclopédie des aide-mémoires Leauté Masson, Paris 1903.
- Sur deux cas d'entéro-anastomose inextirpables de l'intestin grêle et du cæcum (tuberculose et cancer). *Bull. soc. chirurgie de Lyon*, 1903, page 203.
- Les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale : communication au Congrès de la tuberculose, section de chirurgie. Paris 1903. — in *Lyon médical* 1905, p. 529.
- Sur quelques formes de la tub. chirurgicale de l'intestin. *Bull. méd. Paris* 1906, p. 347.
- *Lyon médical* 1906 p. 843. Sur trois cas de tubercul. intestinale guérie par des opérations palliatives.
- Résultats éloignés d'opérations pour tuberculose intestinale. *Bull. de la Société de chirurgie de Lyon*. Avril 1907.
- Rapport au Congrès français de Chirurgie, Paris 1907.
- BERNAY. — Les sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle. Th. Lyon 1899.
- BERGMANN (VON). — *Archiv. F. Klinische Chirurgie* 1900.
- BORGREVINK. — *Semaine médicale* 1898.
- BRELET M. — Les formes cliniques de la tuberculose intestinale. *Arch. générales de méd.* Paris 1903, I, p. 223.
- BUSSE O. — Ueber die Entstehung tubercul. Darmstricturen. — *Verhandl. d. deutsch. Gesellschaft f. chir.* Berlin 1907.
- CAIRD. — *Enterectomy for tuberculous stricture of the intestine. Tr. med. chir. soc. Edimbourg* 1904, XXIII, p. 21-33.
- CATAPOTIS. — Rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin. *Presse médicale* 1903.
- CAYAILLON ET LECLERC. — Etude anatomique du segment sus-jacent aux sténoses intestinales. *Rev. de Gynéc. et de Chir. abdom.* Mai-Juin 1907. — In *Lyon Chirurgical* n° 2.

- CHERIDJIAN. — Phénomènes d'obstruction et d'occlusion fonctionnelles dans les ulcérations tuberculeuses de l'intestin. *Thèse de Genève* 1905.
- CHRISTIAENS. — *Thèse de Lille* 1897-98. Occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse.
- CLÉNET. — Les sténoses annulaires par sclérose sous muqueuse de l'intestin grêle. *Thèse de Paris* 1907-08.
- CONRATH. — *Beitr. zur Klin Chir.* 1898.
- COUTEAUD. — *Bull. méd.* 1903. Rétrécissement de l'intestin.
- CZERNY. — *Jahresbericht des Heidelberger chir. Klinik* 1900.
- DAVIDSON. — *Ein Beitrag zur Kasuistik der Darmtuberkulose. Munchen* 1903.
- DELBET. — *Revue de Chirurgie* 1905, p. 142. Sténose tuberculeuse de l'intestin grêle.
- DELORE. — Rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle et tuberculose localisée de la valvule iléo-cæcale. *Lyon méd.* 1906, p. 523-527.
- DELORE ET BERTRAND. — *Lyon médical* 27 septembre 1908, p. 489 : des sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle.
- DEMOULIN. — Tuberculose iléo-cæcale. *Bulletins et mém. de la Société de Chirurgie de Paris* 1903, p. 636-641.
- DEPAGE ET PINCHART. — La tuberculose iléo-cæcale. *Journal méd. de Bruxelles* 1903, p. 643-648.
- DEPPE. — Multiple tuberculose Darmstricturen. *Inaug. dissertat.* Tubingen 1899.
- DOGLIOTTI. — *Gaz. méd. ital.* 1902. Sténose cicatricielle du grêle, consécutive à une ulcération tuberculeuse unique.
- DOWD. — *Proc. of the New-York surgery soc.* 1902.
- EDENS. — Ueber die Häufigkeit der primären Darmtuberkulose, in Berlin. *Berl. klin. Wochensch.* 1903, p. 1328-1364.
- EISELSBERG. — *Archiv. f. klinische Chirurgie* 1897.

- ERDHEIM. — *Wien. Klin. Wochensch.* 25 janvier 1900.
Ueber multiple Darmstrikturen tuberkulosen Ursprungen.
- FANTINO. — *Gazetta medica di Torino* 1896.
- FARR R. E. — Intestinal tuberculosis, with reference to resulting stenosis. *J. Minn. M. Ass. Minneap.* 1896.
- FÉLIX. — *Th. Paris* 1899-1900. Les rétrécissements tuberculeux de l'intestin, leur traitement.
- FIEBIGER. — *Nord med. ark.* 1901. Uber tub. Dunndarms-trikturen und deren Verwechslung mit syph. Veranderungen.
- GALEOTTI. — Stenosis tub. multipl. dell. intest. tenue. *Suppl. al Policlinico* 1900.
- GIRODE. — La forme scléreuse de la tuberculose intestinale. *Th. de Paris* 1888.
- GROSS. — Inaug. dissertat. Tübingen 1901.
— *Munch. med. Wochensch.* 1903. Die syphilitish-fibrose Darm-und Magenstriktur.
- GRUNSGARD ET NIKOLAYSEN. — *Nord. med. ark.* 1901.
- HARTMANN. — *Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris* 1905.
- ITO H. ET ASAHARA S. — Ueber die operative Behandlung der multiplen tuberkulosen Darmstricturen Deutch. *Zeitsch. f. Chir. Leipzig* 1906, t. 82, p. 344-362.
- JABOULAY. — Un cas de tuberculose iléo-cæcale; résection large des parties malades; anastomose terminale latérale. *Lyon méd.* 1906, p. 386.
- KAEHLER. — 37^e Congrès de chirurgie allemande 1908.
- LECLERC. — *Th. de Lyon* 1906. Etude du segment d'intestin sus-jacent aux sténoses intestinales.
- LE LONG. — *Th. Paris* 1905-06. Tuberculose iléo-cæcale chez l'homme et les animaux.
- LOTHEISEN. — *Wien med. Wochens.* 1903.

- MAC ARTHUR LL. — Intestinal tuberculosis and its surgery.
Med. Herald Saint-Joseph 1906 p. 738.
- MICHON. — Société de Chirurgie, Paris 26 mai 1903.
- MUSCATELLO. — *La Clinica chirurgica*, Milan 1903. Sténoses tuberculeuses multiples chez un enfant et obstruction intestinale par des ascarides.
- NIKOLJSKI. — *Samml. Klin Vortraege* 1903. Über tuberculöse Darmstenose.
- NOVÉ-JOSSERAND. — *Lyon médical* 1896.
- OBALINSI. — *Archiv. f. Klin. Chirurgie*, 1894.
- OKINCZYK. — *Presse médicale* 1906. Diagnostic des rétrécissements de l'intestin.
- PATEL. — Les tuberculoses chirurgicales de l'intestin grêle.
Thèse de Lyon 1902. — Paris-Baillière 1902.
- Province médicale 1902. Des résections étendues de l'intestin grêle, en particulier dans la tuberculose intestinale.
- Du segment de l'intestin sus-jacent à une sténose intestinale. *Revue de Chirurgie* 1902.
- Tuberculose de la fin de l'iléon; anastomose iléo-sigmoïdale. *Bullet. Société chir. de Lyon* 1904, p. 335.
- PLAUT. — *Deutsche med. Wochenschrift*, T. 42, p. 1723.
- POLLAK. — Inaug. Dissertat. Breslau 1903.
- PONCET ET LERICHE. — *Bullet. médical* 1903, p. 492. Tuberculose inflammatoire de l'estomac et de l'intestin.
- PROUST. — *Bullet. et mém. soc. chirurgie de Paris*, 20 nov. 1907.
- QUÉNU ET JUDET. — Rétrécissements fibreux de l'intestin grêle. *Revue de chirurgie*, Paris 1902.
- RENZI (DE). — Entérite tubercolare. N. riv. clin. terap. Napoli 1904, p. 617-626.
- SENN. — *Journal of the american Assoc.*, 21 mai 1898, p. 1193. The surgical treatment of intest. tuberculosis.

- SCHUBARTH. — *Centralblatt f. chirurgie* 1907, p. 1048.
- SORENSEN. — *Deut. Zeitschrift f. chirurgie* 1901. La tuberculose sténosante de l'intestin grêle.
- STEINHANER. — *Deutsche med., Wochensch.* 1903.
- SYMONDS. — Société clinique de Londres (9 novembre 1906, Analysé in *Presse médicale* du 5 décembre 1906.
- TERRIER ET GOSSET. — Exclusion de l'intestin. *Revue de Chirurgie* 1900, 10 décembre.
- TIETZE. — Stén. tubercul. de l'intestin grêle. Associat. silésienne pour l'avancement des sciences en Allemagne, 2 juin 1905.
- TUFFIER ET MARTIN. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, mai et juin 1907; rétrécissements et oblitérations de l'intestin grêle.
- WIETING. — Beitrag zur Pathogenese und Anatomie der Darmstricturen, etc. *Deut. Zeitsch. f. Chirurgie*, 1906.
-

